

POLÍTICAS DE ENVELHECIMENTO AO NÍVEL LOCAL

ANÁLISE E AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS A PARTIR DO PARADIGMA DE ENVELHECIMENTO ATIVO

Maria João Bernardo Bárrios

Orientadora: Prof. Doutora Ana Maria Alexandre Fernandes

Coorientador: Prof. Doutor António Manuel Godinho da Fonseca

FCT
Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

*Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Ciências
Sociais na Especialidade de Política Social*

*Lisboa
2017*

WWW.ISCSP.ULISBOA.PT

POLÍTICAS DE ENVELHECIMENTO AO NÍVEL LOCAL ANÁLISE E AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS A PARTIR DO PARADIGMA DE ENVELHECIMENTO ATIVO

Maria João Bernardo Bárrios

Orientadora: Prof. Doutora Ana Maria Alexandre Fernandes

Coorientador: Prof. Doutor António Manuel Godinho da Fonseca

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Ciências Sociais na
Especialidade de Política Social

Júri:

Presidente:

- Doutor Hermano Duarte de Almeida e Carmo, Professor Catedrático e membro do Conselho Científico do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa

Vogais:

- Doutora Ana Maria Alexandre Fernandes, Professora Catedrática
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, orientadora;

- Doutor Fernando Humberto Santos Serra, Professor Associado
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;

- Doutora Alexandra Cristina Ramos da Silva Lopes Gunes, Professora Auxiliar com Agregação
Faculdade de Letras da Universidade do Porto

- Doutora Maria Paula Pestana de Freitas Silva Faria Campos Pinto, Professora Auxiliar
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;

- Doutora Stella Margarida de Oliveira António Bettencourt da Câmara, Professora Auxiliar
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;

- Doutora Ana Paula Bexiga Martins Arguelles Gil, Professora Auxiliar Convidada
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa

Lisboa

2017

Tese de doutoramento financiada pela FCT:

SFRH / BD / 85139 / 2012

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

“A problemática do envelhecimento da população e a necessidade de implementar políticas adequadas à resolução dos problemas daí emergentes exigem uma reorientação na forma como concebemos as soluções anteriores e uma nova perspectiva sobre o processo de envelhecimento individual e colectivo”.

“As gerações mais velhas são cada vez mais numerosas e a atingirem idades mais avançadas. É necessário dar mais atenção aos nossos velhos, conhecer melhor as suas dificuldades e aspirações para promover mais bem-estar. No futuro seremos ainda em maior número e é no presente que construímos o futuro”.

Ana Alexandre Fernandes

“Um dos principais problemas com que os países europeus vão ter de lidar será não apenas o aumento constante do número de pessoas reformadas mas também, e em simultâneo, a reivindicação de uma ‘participação social ativa’ por parte desses mesmos novos reformados mais cultos, menos conformistas, não resignados a fazer da reforma um simples tempo de descanso.”

António Fonseca

AGRADECIMENTOS

Esta tese representa o produto final de trabalho, leituras, pesquisas, aprendizagens, conhecimentos adquiridos, dificuldades, experiências, reuniões, reações e interações para as quais muitos colaboraram e sem os quais a sua realização não teria sido possível. Assim, apresento os meus reconhecidos agradecimentos:

À minha orientadora **Professora Catedrática Ana Alexandre Fernandes**, fonte de conhecimento e experiência. Modelo de rigor, exigência, sensibilidade, trabalho e amizade. A sua orientação foi a condição essencial para a concretização desta investigação. Consigo despertei o meu interesse em torno do envelhecimento populacional, consolidei conhecimentos e iniciei a minha vida profissional na investigação e docência. Devo-lhe a inspiração, a confiança e as oportunidades.

Ao meu coorientador **Professor Doutor António Fonseca**, que arriscou supervisionar-me e confiou em mim. Obrigada pela compreensão, pelas dicas de quem sabe e de quem já fez. Pela paciência e sensibilidade com que conduziu a minha teimosia. Pelos momentos de reunião, análise, reflexão e aprendizagem.

Aos elementos que constituíram o painel de peritos e a todos os interventores locais que colaboraram. Em **Coruche**, dirijo um agradecimento especial à Eng^a. Fátima Galhardo, à Dra. Tânia Alfredo, à Dra. Silvana Teles e às meninas Helena Lopes e Patrícia Marques. Em **Oeiras**, agradeço à Dra. Júlia Cardoso, à Dra. Ana Almeida, ao Prof. Hernâni Pinho e à Prof^a. Isabel Dantas.

À **FCT**, pela bolsa. Aos colegas e ao Presidente do **ISCSP**, Professor Catedrático Manuel Meirinho, por me receberem. Aos membros e ao Diretor do **CICS.NOVA**, Professor Catedrático Luís Baptista, pelo apoio. À **Dra. Cláudia Silva** pela ajuda na estatística.

À minha **Mãe** e a **Deus** que a tem. Ao **Ricardo**, o meu marido, pela paz, equilíbrio e apoio incondicional. Ao meu **Irmão Gabriel**, o melhor dos seres humanos, que sempre me concede um reconhecimento. À “idosa” mais importante da minha vida, a minha **Avó Isabel**.

Aos familiares e amigos por quem tenho estima e que colaboraram na reflexão, trabalho e desabafos. **Beatriz Nunes**, sem palavras pelo que faz por mim. **Manuela Gonçalves**, quando uma madrinha se desdobra para tentar suavizar a ausência de uma mãe. **Mimi Canez**, a sua energia foi fundamental. **Patrícia Paquete**, sem ti tudo teria sido mais difícil. **Inês Teixeira** e **Gonçalo Marques** são a amizade na dose certa.

DEDICATÓRIA

Dedico esta Tese à minha Mãe

... que falou de envelhecimento durante sessões de quimioterapia e na recuperação de várias cirurgias. Que arranhou paciência para a minha impaciência e encontrou soluções para as minhas frustrações. Que partiu... mas vive em mim.

RESUMO

O envelhecimento populacional constitui um problema social que ocupa um lugar privilegiado nas agendas políticas europeias, pelo impacto que produz ao nível da saúde, questões económicas e sociais, relativas aos indivíduos, comunidades e organizações. Embora seja cada vez maior o número de pessoas que envelhece em boas condições de saúde, o alongamento do tempo de vida acarreta necessidades em termos de mecanismos que garantam a solidariedade intergeracional, combatam a exclusão social, providenciem a cidadania nas idades avançadas, promovam a saúde e o bem-estar ao longo da vida e a segurança económica na velhice.

As Políticas Públicas debatem-se com a urgência de encontrar soluções adequadas às exigências decorrentes do aumento da sobrevivência das gerações mais velhas, que requerem a preparação dos organismos responsáveis a vários níveis da governança local. A responsabilidade ultrapassa os setores governamentais para se estender à sociedade civil e aos cidadãos. O objetivo desta pesquisa é identificar e analisar estratégias e orientações políticas de apoio ao envelhecimento, tendo em conta as características e as necessidades da população mais velha, no sentido de informar e adequar as políticas sociais e responder de forma inovadora às exigências e desafios das sociedades maduras contemporâneas.

Para atingir este objetivo realizámos três estudos distintos, com base numa proposta integrada de envelhecimento, que congrega o conceito de “envelhecimento ativo”, a perspetiva de bem-estar e a abordagem participativa, numa visão de ciclo de vida, reconhecendo as responsabilidades dos indivíduos e das organizações. O estudo 1 debruçou-se sobre a caracterização da população portuguesa com 50 e mais anos a partir da análise de dados do SHARE. O estudo 2 consistiu na aplicação de um inquérito a uma população com 65 e mais anos em dois municípios portugueses socioeconomicamente distintos, identificando as condições de bem-estar no envelhecimento. O estudo 3 compreendeu a recolha e análise de políticas locais nas mesmas unidades territoriais, que exigiu a construção de um instrumento através da técnica DELPHI, posteriormente aplicado aos programas em estudo.

Discutidos em conjunto, através de uma visão global e integrada, os resultados permitiram demonstrar necessidades de intervenção, cujas respostas precisam ser repensadas, considerando os novos desafios para os indivíduos e comunidades. A pesquisa viabilizou, ainda, evidenciar eixos prioritários de intervenção nas comunidades analisadas. Com a melhoria da saúde dos que envelhecem, as comunidades são desafiadas a garantir as condições para uma vida ativa em

todas as vertentes da participação social, cultural e cívica. Os recursos locais ao serviço das pessoas precisam, igualmente, ter em conta a heterogeneidade da crescente proporção de pessoas mais velhas. Salientam-se as potencialidades das estratégias de colaboração entre as organizações governamentais, o terceiro setor e as empresas privadas; bem como a criação de políticas baseadas em perspetivas positivas de envelhecimento, ao longo do ciclo de vida, que abandonem práticas segregacionistas e facilitem uma vida ativa em todas as idades.

Palavras-chave: Envelhecimento, Políticas Públicas, Governança Local, Envelhecimento Ativo, SHARE, Bem-estar, Organizações Locais, Velhice

ABSTRACT

Population ageing constitutes a social problem that occupies a central place in the European political agendas, because of the health impact, economic and social reasons, related to individuals, communities and organizations. Although the number of people ageing in good health conditions is rising, the increasing lifespan entails challenges in terms of mechanisms that ensure the intergenerational solidarity, that fight social exclusion, that provide citizenship in later years, that promote health and well-being throughout life and economic security in old age.

Public Policies struggle with the urgency of finding appropriate solutions to the demands arising from the increasing survival rate of older generations, which require the preparation of responsible bodies on various levels of local governance. The responsibility surpasses governmental sectors and extends to civil society and citizens. The goal of this research is to identify and analyse strategies and political orientations supporting ageing, considering the characteristics and needs of the elderly, in order to inform and adjust social policies and respond in an innovative way to the demands and challenges of contemporary mature societies.

To achieve this goal, we carried out three separate studies based on an integrated approach of ageing, comprised of the concept of “active ageing”, the well-being perspective and the participatory approach, in a lifespan vision, acknowledging the responsibilities of individuals and organizations. The first study addressed the characterization of the Portuguese population aged 50 or more, from SHARE data analysis. The second study was based on an enquiry to a population aged 65 or more in two socioeconomically distinct Portuguese municipalities, identifying the well-being conditions in ageing. The third study comprised the collection and analysis of local policies on the same territorial units, that demanded the development of a device through the DELPHI technique, subsequently implemented to study programmes.

Discussed together, through a global and integrated vision, the results helped to demonstrate the intervention needs, of which the answers need to be rethought, considering the new challenges for individuals and communities. The research has also enabled the focus on priority axes of intervention for the studied communities. With the improvement of elderly health, the communities are challenged to ensure the conditions for an active life on all aspects of social, cultural and civic participation. Local resources that serve people also need to take into account the heterogeneity of the increasing proportion of the elderly. We need to highlight the

potentialities of the cooperation strategies among governmental organizations, third sector and private companies, in addition to the creation of policies based on positive perspectives of ageing, throughout life, that abandon segregationist practices and facilitate an active life in all ages.

Key-words: Ageing, Public Policies, Local Governance, Active Ageing, SHARE, Well-being, Local Organizations, Old Age, Elderly

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 – A DEMOGRAFIA E A QUESTÃO SOCIAL DO ENVELHECIMENTO. IDENTIFICAÇÃO DE UM PROBLEMA.....	7
1.1 O CRESCIMENTO DO NÚMERO DE PESSOAS IDOSAS (65+) E A LONGEVIDADE ATINGIDA. PORTUGAL NO CONTEXTO DA UNIÃO EUROPEIA.....	8
1.2 VIVER MAIS ANOS, O GRANDE DESAFIO	17
1.2.1 ENVELHECIMENTO E ESTRUTURAS SOCIAIS DE APOIO: A SOLIDARIEDADE FAMILIAR	17
1.2.2 DESAFIOS AO NÍVEL DOS REGIMES DE PENSÕES E SEGURANÇA SOCIAL	21
1.2.4 LONGEVIDADE, TRAJETÓRIA DE VIDA E TRABALHO.....	25
1.2.5 A PROBLEMÁTICA: <i>ARGUMENT</i> E DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	27
CAPÍTULO 2 – ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO E POLÍTICAS PÚBLICAS.....	33
2.1. UM PROBLEMA SOCIAL FACE À DEMOGRAFIA	33
2.2. POLÍTICAS PÚBLICAS DIRIGIDAS AO ENVELHECIMENTO	42
2.3. PORTUGAL E AS POLÍTICAS DIRIGIDAS AO ENVELHECIMENTO	54
2.4. UM DESAFIO PARA ALÉM DO ESTADO. UMA QUESTÃO DE “GOVERNANÇA”	63
CAPÍTULO 3 – PERSPETIVAS DE INTERVENÇÃO POLÍTICA	73
3.1. A PERSPETIVA DE <i>WELLBEING</i>	73
3.1.1. ÍNDICE DE SATISFAÇÃO COM A VIDA (ISV)	80
3.2. <i>ACTIVE AGEING</i> . UM PARADIGMA DE INTERVENÇÃO	81
3.3 “ABORDAGEM PARTICIPATIVA”. UMA PERSPETIVA QUE ENVOLVA AS PESSOAS MAIS VELHAS	97
3.4 UMA PERSPETIVA INTEGRADA DO ENVELHECIMENTO	102
CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA	107
4.1. OBJETIVOS DA PESQUISA	108
4.2. MODELO DE ANÁLISE.....	109
4.3 PLANO METODOLÓGICO.....	110
4.3.1. SELEÇÃO E CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DE UNIDADES TERRITORIAIS DOS ESTUDOS 2 E 3	112

4.3.2. ANÁLISE INTEGRATIVA E CONSIDERAÇÕES FUTURAS	115
CAPÍTULO 5 – ESTUDO 1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA 50+ A PARTIR DO SHARE	117
5.1 INTRODUÇÃO.....	117
5.2 METODOLOGIA DO ESTUDO 1	118
5.3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 1.....	119
5.3.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOGRÁFICA DA AMOSTRA	119
5.3.2. PRINCIPAIS CONDIÇÕES DE BEM-ESTAR NO ENVELHECIMENTO	121
5.3.2.1 Satisfação com o rendimento mensal	121
5.3.2.2 Avaliação subjetiva da saúde e doenças	123
5.3.2.3 Saúde mental: sentir-se triste ou deprimido	126
5.3.2.4 Estilos de Vida, Participação, Atividade Física e Ocupacional.....	127
5.3.2.5 Representações sociais relacionadas com o envelhecimento	131
5.3.2.6 Satisfação com a vida	134
5.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 1.....	136
CAPÍTULO 6 – ESTUDO 2. UM INQUÉRITO SOCIODEMOGRÁFICO À POPULAÇÃO 65+ EM DOIS MUNICÍPIOS	141
6.1 METODOLOGIA DO ESTUDO 2.....	141
6.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 2	142
6.2.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOGRÁFICA DA AMOSTRA	142
6.2.2 PRINCIPAIS CONDIÇÕES DE BEM-ESTAR NO ENVELHECIMENTO	144
6.2.2.1 Satisfação com o rendimento mensal e ajuda financeira.....	144
6.2.2.2 Avaliação subjetiva da saúde e doenças	146
6.2.2.3 Estilos de vida	149
6.2.2.4 Participação cívica e social.....	150
6.2.2.5 Atividade física, cultural e ocupacional	152
6.2.2.6 Segurança Física.....	155
6.2.2.7 Representações relacionadas com o envelhecimento	160
6.2.3 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM A VIDA A PARTIR DO ISV	162
6.2.3.1 Satisfação com os serviços e recursos	162
6.2.3.2 Saúde e Segurança.....	165
6.2.3.3 Residência e sociabilidade.....	167

6.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 2.....	170
CAPÍTULO 7 – ESTUDO 3. POLÍTICAS LOCAIS DIRIGIDAS AO ENVELHECIMENTO.	177
7.1 METODOLOGIA DO ESTUDO 3	178
7.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 3a	179
7.2.1. POLÍTICAS, PROGRAMAS E RECURSOS EM CORUCHE	179
7.2.2. POLÍTICAS, PROGRAMAS E RECURSOS EM OEIRAS	183
7.3 - CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE ANÁLISE E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS LOCAIS DE ENVELHECIMENTO: MALPA - <i>MODEL FOR AGING LOCAL POLICIES ANALYSIS</i>	190
7.4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 3b	208
7.5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 3b.....	216
CAPÍTULO 8 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÕES	241
BIBLIOGRAFIA.....	267
ANEXOS	279
ANEXO I - VARIÁVEIS SELECIONADAS NO QUESTIONÁRIO SHARE WAVE 4 – versão portuguesa ...	279
ANEXO II QUESTIONÁRIO DO PROJETO PROMOÇÃO LOCAL DO ENVELHECIMENTO ATIVO.....	285
ANEXO III - ÍNDICE DE SATISFAÇÃO COM A VIDA (ISV)) (Fonseca, Silva, Teixeira & Paúl, 2010)	289
ANEXO IV - APRESENTAÇÃO DAS TABELAS DE RESULTADOS DO ESTUDO 1	291
ANEXO V- APRESENTAÇÃO DAS TABELAS DE RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DO ESTUDO 2.....	314
ANEXO VI - APRESENTAÇÃO DAS TABELAS DE RESULTADOS DO ISV DO ESTUDO 2.....	347
ANEXO VII - PROPOSTA INICIAL DE MODELO DE ANÁLISE DE POLÍTICAS LOCAIS DIRIGIDAS AO ENVELHECIMENTO.....	353
ANEXO VIII - QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS PERITOS DO PAINEL DELPHI PARA PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO MODELO DE AVALIAÇÃO E ANÁLISE DE POLÍTICAS LOCAIS DE ENVELHECIMENTO, DE ACORDO COM A PERSPETIVA DE ENVELHECIMENTO ATIVO	355

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I - Evolução da Proporção de Jovens (0-14 anos), Pessoas com 65 e mais anos e Pessoas com 80 e mais anos, nos Países da UE28, 2007-2016 (%).....	9
Tabela II - Evolução da Esperança de Vida à Nascença, para Homens, Mulheres e Sexos Reunidos, nos Países da UE28, 2005-2014	13
Tabela III - Evolução da Esperança de Vida aos 65 anos, para Homens, Mulheres e Sexos Reunidos, nos Países da UE28, 2003-2014	14
Tabela IV - Anos de Vida Saudáveis (AVS) à Nascença e Esperança de Vida (EV) à Nascença. Homens e Mulheres, nos Países da UE28, em 2014.....	16
Tabela V - Origens do Estado-providência e Políticas de Envelhecimento em Portugal	56
Tabela VI - Operacionalização dos objetivos.....	110
Tabela VII - População Total e População 65+ em Coruche	113
Tabela VIII - População Total e População 65+ em Oeiras	113
Tabela IX - Esperança de Vida à Nascença e aos 65+ na Lezíria do Tejo, Grande Lisboa e Portugal	114
Tabela X - Indicadores Demográficos Oeiras, Coruche e Portugal.....	115
Tabela XI - Variáveis selecionadas do SAHRE wave 4 para o estudo 1.....	118
Tabela XII - Anos de escolaridade, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+	119
Tabela XIII - Rendimento, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+	121
Tabela XIV - Regressão linear múltipla, o rendimento chega ao fim do mês, SHAREwave 4 População 50+.....	122
Tabela XV - Avaliação subjetiva da saúde, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+	123
Tabela XVI - Regressão linear múltipla, Como descreve a sua saúde , SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+	125
Tabela XVII - Regressão linear múltipla, Sentir-se triste ou deprimido , SHARE wave 4 População Portuguesa 50+	127
Tabela XVIII - Limitação nas atividades, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+	128
Tabela XIX - Regressão linear múltipla, Limitação das atividades , SHARE - wave 4 População Portuguesa 50+	129
Tabela XX - Atividade Física, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+.....	129
Tabela XXI - Regressão linear múltipla, Atividade física de esforço intenso , SHARE wave 4 População Portuguesa 50+	130
Tabela XXII - Ocupação, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+	131
Tabela XXIII - Regressão linear múltipla, Expectativas para o futuro , SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+	132
Tabela XXIV - A idade impede de fazer coisas que gostaria, SHARE - wave 4 População Portuguesa 50+.....	133
Tabela XXV - Regressão linear múltipla, A idade impede de fazer coisas que gostaria , SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+	134
Tabela XXVI - Regressão linear múltipla, Satisfação com a vida , SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+	135
Tabela XXVII - Categorias etárias, Estudo 2.....	143
Tabela XXVIII - Escolaridade, Estudo 2.....	143
Tabela XXIX - O rendimento chega ao fim do mês, Estudo 2.....	144
Tabela XXX - Regressão Linear Múltipla – O rendimento chega ao fim do mês , Estudo 2.....	146
Tabela XXXI - Avaliação Subjetiva da Saúde, Estudo 2	146
Tabela XXXII - Regressão Linear Múltipla, Como descreve a sua saúde , Estudo 2	149
Tabela XXXIII - Número de pessoas com quem conversa todos os dias, Estudo 2.....	151

Tabela XXXIV - Razões para não participar nos programas de atividade física (121 respostas, 75,6% da amostra)	152
Tabela XXXV - Regressão Linear Múltipla, Prática de Atividade Física , Estudo 2	153
Tabela XXXVI - Razões para não participar nos programas culturais e recreativos (102 respostas, 63,8% da amostra)	154
Tabela XXXVII - Quedas e dificuldades na mobilidade e locomoção , Estudo 2	156
Tabela XXXVIII - Regressão linear múltipla, Quedas Estudo 2	157
Tabela XXXIX - Regressão linear múltipla, Estado de conservação da habitação, Estudo 2.....	158
Tabela XL - Regressão linear múltipla, Satisfação com a acessibilidade e segurança da habitação, Estudo 2.....	159
Tabela XLI - Regressão linear múltipla, Satisfação em relação aos serviços disponíveis no lugar, Estudo 2.....	160
Tabela XLII - Frequência com que a idade impede de fazer coisas que gostaria, Estudo 2	160
Tabela XLIII - Regressão linear múltipla, Frequência com que a idade impede de fazer coisas que gostaria, Estudo 2	162
Tabela XLIV - ISV Serviços de Recursos, Estudo 2	163
Tabela XLV - Proporção de Indivíduos satisfeitos com os serviços e recursos, ISV, Homens e Mulheres, Estudo 2.....	163
Tabela XLVI – Proporção de Indivíduos satisfeitos com os serviços e recursos, ISV, categorias etárias, Estudo 2.....	164
Tabela XLVII - Proporção de Indivíduos satisfeitos com com os serviços e recursos, ISV, escolaridade, Estudo 2.....	164
Tabela XLVIII - Regressão linear múltipla, Satisfação com os serviços e recursos, ISV, Estudo 2 ..	165
Tabela XLIX - ISV Saúde e Segurança, Estudo 2	165
Tabela L-% de Indivíduos satisfeitos com a saúde e segurança, ISV, Homens e Mulheres, Estudo 2	166
Tabela LI-% de Indivíduos satisfeitos(1, 2 e 3) com os fatores do ISV, categorias etárias, Estudo 2	166
Tabela LII - % de Indivíduos satisfeitos com a saúde e segurança, ISV e escolaridade, Estudo 2	166
Tabela LIII - Regressão linear múltipla, Satisfação com a saúde e segurança, ISV, Estudo 2	167
Tabela LIV - ISV, Residência e Sociabilidade, Estudo 2	168
Tabela LV - % de Indivíduos satisfeitos com a residência e sociabilidade, ISV, Homens e Mulheres, Estudo 2.....	168
Tabela LVI - % de Indivíduos satisfeitos com a residência e sociabilidade, ISV, categorias etárias, Estudo 2.....	168
Tabela LVII - % de indivíduos satisfeitos com a residência e sociabilidade, ISV e Escolaridade, Estudo 2.....	169
Tabela LVIII-Regressão linear múltipla, Satisfação com a residência e sociabilidade,ISV, Estudo2	169
Tabela LIX - Programas de Ação Social em Coruche	179
Tabela LX - Programas de Ambiente em Coruche	180
Tabela LXI - Programas de Atividade Física em Coruche	181
Tabela LXII - Programas de Cultura em Coruche	181
Tabela LXIII - Programas de Educação em Coruche.....	181
Tabela LXIV - Programas de Habitação em Coruche.....	182
Tabela LXV - Programas de Saúde em Coruche	182
Tabela LXVI - Programas de Trabalho em Coruche	183
Tabela LXVII - Programas de Transportes em Coruche.....	183
Tabela LXVIII - Programas de Ação Social em Oeiras.....	184
Tabela LXIX - Programas de Ambiente em Oeiras	185
Tabela LXX - Programas de Atividade Física em Oeiras	186
Tabela LXXI - Programas de Cultura em Oeiras	186
Tabela LXXII - Programas de Educação em Oeiras	186

Tabela LXXIII - Programas de Habitação em Oeiras	187
Tabela LXXIV - Programas de Saúde em Oeiras.....	188
Tabela LXXV - Programas de Segurança em Oeiras	188
Tabela LXXVI - Programas de Trabalho em Oeiras	188
Tabela LXXVII - Programas de Transportes em Oeiras	189
Tabela LXXVIII - Escala aplicada a cada categoria/ dimensão/ indicador/ item de classificação (construção do MALPA)	195
Tabela LXXIX - Resultados para as Categorias (construção do MALPA).....	196
Tabela LXXX - Sugestões e Alterações ao nível das Categorias (construção do MALPA)	197
Tabela LXXXI - Resultados para as Dimensões (construção do MALPA)	198
Tabela LXXXII - Sugestões e Alterações ao nível das Dimensões (construção do MALPA)	198
Tabela LXXXIII - Resultados para os Indicadores (construção do MALPA)	199
Tabela LXXXIV-Sugestões e alterações efetuadas aos Indicadores (construção do MALPA)	199
Tabela LXXXV - Resultados para o sistema de classificação (+) e (-) (construção do MALPA).....	200
Tabela LXXXVI - Sugestões e Alterações ao nível do sistema de classificação (+) e (-) (construção do MALPA).....	200
Tabela LXXXVII - Interpretação de cada score (construção do MALPA).....	202
Tabela LXXXVIII - Score por dimensão e indicador e score total para o Município de Coruche	208
Tabela LXXXIX - Score por dimensão e indicador e score total para o Município de Oeiras	208
Tabela XC - Score por Categoria de Intervenção e Score Total para o Município de Coruche	209
Tabela XCI - Score por Categoria de Intervenção e Score Total para o Município de Oeiras.....	209
Tabela XCII - Preenchimento do MALPA para os Programas de Ação Social em Coruche	209
Tabela XCIII - Preenchimento do MALPA para os Programas de Ação Social em Oeiras.....	210
Tabela XCIV - Preenchimento do MALPA para os Programas de Ambiente em Coruche	210
Tabela XCV - Preenchimento do MALPA para os Programas de Ambiente em Oeiras	210
Tabela XCVI - Preenchimento do MALPA para os Programas de Atividade Física em Coruche.....	211
Tabela XCVII - Preenchimento do MALPA para os Programas de Atividade Física em Oeiras	211
Tabela XCVIII - Preenchimento do MALPA para os Programas de Cultura em Coruche	211
Tabela XCIX - Preenchimento do MALPA para os Programas de Cultura em Oeiras	212
Tabela C - Preenchimento do MALPA para os Programas de Educação em Coruche	212
Tabela CI - Preenchimento do MALPA para os Programas de Educação em Oeiras	212
Tabela CII - Preenchimento do MALPA para os Programas de Habitação em Coruche	212
Tabela CIII - Preenchimento do MALPA para os Programas de Habitação em Oeiras.....	213
Tabela CIV - Preenchimento do MALPA para os Programas de Saúde em Coruche.....	213
Tabela CV - Preenchimento do MALPA para os Programas de Saúde em Oeiras	213
Tabela CVI - Preenchimento do MALPA para os Programas de Segurança em Oeiras	214
Tabela CVII - Preenchimento do MALPA para os Programas de Trabalho em Coruche.....	214
Tabela CVIII - Preenchimento do MALPA para os Programas de Trabalho em Oeiras.....	214
Tabela CIX - Preenchimento do MALPA para os Programas de Transportes em Coruche.....	214
Tabela CX - Preenchimento do MALPA para os Programas de Transportes em Oeiras	215
Tabela CXI - Implicações para a prática na categoria Ação Social.....	259
Tabela CXII - Implicações para a prática na categoria Ambiente	260
Tabela CXIII - Implicações para a prática na categoria Atividade Física	261
Tabela CXIV - Implicações para a prática na categoria Cultura	262
Tabela CXV - Implicações para a prática na categoria Educação	263
Tabela CXVI - Implicações para a prática na categoria Habitação	264
Tabela CXVII - Implicações para a prática na categoria Saúde	265
Tabela CXVIII - Implicações para a prática nas categorias Segurança, Trabalho e Transportes	266

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diferenças relativas ao Índice Sintético de Fecundidade nos Países da UE28 entre 2000 e 2014.....	11
Figura 2 - Proporção de mulheres empregadas na UE28	19
Figura 3 - Envelhecimento Ativo, Satisfação com a Vida e Governança Local	102
Figura 4 - Modelo de Análise.....	109
Figura 5 - Desenho do Estudo	111
Figura 6 – “o rendimento chega ao fim do mês com muita dificuldade” e Idade, SHARE - wave 4 População 50+.....	121
Figura 7 - Avaliação Subjetiva da Saúde entre os grupos etários, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+.....	123
Figura 8 - Avaliação Subjetiva da Saúde, SHARE-wave 4 Homens e Mulheres Portugueses 50+	124
Figura 9 - Doenças específicas nos grupos etários, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+	124
Figura 10 – “sentir-se triste ou deprimido” e Grupos Etários, SHARE - wave 4 População Portuguesa 50+	126
Figura 11 - A idade impede de fazer coisas que gostaria, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+ por grupos etários	133
Figura 12 - Avaliação Subjetiva da Saúde e Grupos Etários, Estudo 2	147
Figura 13 - Avaliação Subjetiva da Saúde e Género, Estudo 2.....	147
Figura 14 - Doenças específicas nos grupos etários, Estudo 2.....	148
Figura 15 - Atividades de ocupação, Estudo 2.....	155
Figura 16 - Dificuldades na mobilidade e locomoção e Satisfação com a acessibilidade e segurança do lugar, Estudo 2	159
Figura 17- “Frequência com que a idade impede de fazer coisas que gostaria” e Grupos etários, Estudo 2.....	161
Figura 18 - Esquema metodológico da construção do MALPA.....	191

ACRÓNIMOS E SIGLAS

AAI – *Active Ageing Index* (Índice de Envelhecimento Ativo)

ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades da Vida Diária

CMC – Câmara Municipal de Coruche

CMO – Câmara Municipal de Oeiras

EUA – Estados Unidos da América

HTA – Hipertensão Arterial

ILS – Inventory of Life Satisfaction

INS – Inquérito Nacional de Saúde

ISV - Índice de Satisfação com a Vida

MALPA - *Model for Aging Local Policies Analysis*

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

RENTEV – Registo Nacional do Testamento Vital

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCMC – Santa Casa da Misericórdia de Coruche

SHARE - *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*

SOC – Selective Optimization with Compensation

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

UE – União Europeia

UE28 – 28 Estados Membros da União Europeia

INTRODUÇÃO

As alterações demográficas que se têm vindo a observar ao longo das últimas décadas, traduzem-se numa aceleração do envelhecimento populacional decorrente de um duplo efeito, de redução dos nascimentos e de aumento da esperança de vida. Deste modo, aumentou o número de pessoas que consideramos que integram a *população* idosa (65 e + anos) e, dentro desta categoria, aumentou também o número dos que têm 85 e mais anos. Este aumento não ocorre igualmente na população mundial, apesar da tendência demográfica para a convergência que tem vindo a acontecer nos países mais desenvolvidas, sobretudo nos países europeus. Na verdade, o envelhecimento demográfico constitui um dos grandes desafios das sociedades modernas contemporâneas, instalando problemas passíveis de serem refletidos e adotados pelos debates políticos e académicos. Como tema multifacetado, atrai atenções variadas e a sua ampla dimensão mediática (visível em jornais e noticiários) dissemina as preocupações em seu torno por públicos de interesses distintos. A opacidade pública de muitos desafios emergentes começa a ser permeável e, com isso, o envelhecimento conquista a atenção das partes interessadas em diversos pontos da sociedade.

A redução da mortalidade, graças à melhoria das condições de vida e ao progresso da medicina, tem feito aumentar a esperança de vida com um alargamento do limiar das idades atingidas e do número de pessoas com 85 e mais anos. O alongamento do tempo de vida é o resultado de uma multicausalidade, que podemos englobar na melhoria significativa das condições de vida das populações nos países desenvolvidos. Entre muitos outros aspetos, realçamos a evolução tecnológica, a maior literacia da população e os hábitos de vida mais saudáveis. Apesar da conquista de mais anos de vida, graças à melhoria das condições de saúde, a longevidade representa também a redução das capacidades funcionais dos nossos organismos biológicos, e morbilidade, que induzem, muitas vezes, a situações de incapacidade, dependência e necessidade de cuidados.

O quadro de aceleração do envelhecimento resulta, em boa parte, da redução da natalidade acentuada nos últimos anos. A diminuição do número de nascimentos, para além do previsto no modelo de transição demográfica, tem consequências irreversíveis para os países mais afetados, como é o caso de Portugal. Nas últimas dezenas de anos, a diminuição da natalidade veio comprometer o equilíbrio intergeracional e as bases em que assenta o sistema de segurança

social. Veio também acentuar a capacidade de resposta ao nível dos cuidados informais proporcionados ao nível familiar.

No início da segunda década do século XXI, Portugal vive um período de crise económica, financeira e social, com repercussões ao nível do universo do pensamento e do conhecimento da realidade, que se vem a refletir na forma como vivemos. O acesso a bens de consumo de forma generalizada e os benefícios do Estado Social (educação, saúde, pensões de reforma) foram, gradualmente, sendo hipotecados face a compromissos internacionais decorrentes da ajuda financeira.

A urgência nas respostas aos problemas decorrentes do envelhecimento agudizaram-se no contexto de ameaça, constituído pela crise económica e social europeia. De acordo com Fernandes (2016), a conjuntura económica e política dos primeiros anos da segunda década do séc. XXI tem sido particularmente crítica com impacto nas empresas e serviços, exibindo consequências ao nível do emprego dos trabalhadores mais velhos. As sociedades nos Estados em crise vivem problemas resultantes da desregulação dos mercados financeiros e da explosão das desigualdades. Os programas focados numa lógica de austeridade, com cortes substanciais nas prestações e políticas públicas, têm vindo a agravar os problemas sociais associados ao envelhecimento. Destacamos, por exemplo, a diminuição dos rendimentos do trabalho e das pensões de reforma, desemprego dos mais velhos e dificuldades inultrapassáveis de regresso à atividade económica (Capucha, 2014). As sociedades envelhecidas estão confrontadas com dinâmicas políticas, económicas e sociais que questionam os direitos conquistados para a velhice, perturbam os modelos em que assentam as respostas sociais, a equidade na distribuição dos recursos e o exercício da solidariedade.

Ao mesmo tempo, agudizam-se as necessidades e despontam novos desafios associados à aceleração do fenómeno do envelhecimento populacional. No contexto problemático emergente, constitui-se uma consciência coletiva, social e política, de que é necessário intervir. Ao nível das políticas públicas tem sido assumida uma posição que balança entre o padrão de intervenção tradicional e a consciência de que há novos desafios que requerem soluções inovadoras. As várias respostas instituídas respondem à maioria dos problemas mas não são suficientes e estão frequentemente inadequadas às necessidades.

No campo da intervenção social encontram-se instituições e organizações públicas, privadas e do terceiro setor. Reside aqui um grande desafio: como encarar o envelhecimento?

Tradicionalmente, a intervenção tem sido assistencialista, reproduzindo-se o mesmo padrão que reflete a necessidade e a resposta, normalmente promotor de dependência. O repto de considerar que as pessoas, à medida que envelhecem, continuam ativas e participativas, com direitos e obrigações, requer uma mudança de paradigma de sociedade, isto é, como vamos valorizar e aproveitar as valências de uma população mais madura, capaz de continuar a contribuir para a comunidade?

O colossal desafio que representa a promoção de uma “vida saudável” pode ser encontrado nos conceitos de “envelhecimento saudável” ou “envelhecimento ativo”. Os novos paradigmas vieram imputar ao indivíduo uma maior responsabilidade na gestão da sua saúde e do seu envelhecimento normal. Tal conceção possui intrinsecamente uma dimensão ideológica, na qual se insere também uma estratégia política de reabilitação do significado de envelhecer, e enfatiza que a saúde não depende só dos comportamentos e estilos de vida, mas de influências sociais, ou seja, do nível de educação, das condições de trabalho, da habitação, dos recursos sociais e materiais que o indivíduo dispõe. Uma perspetiva global do ciclo de vida pressupõe reconhecer que o processo de envelhecer é o resultado de uma *trajetória de vida*, em que se responsabiliza o indivíduo pela gestão da sua própria saúde, através da adoção de comportamentos e de estilos de vida saudáveis, com inevitáveis benefícios na qualidade de vida nas idades mais avançadas.

O espectro de desafios e oportunidades que cercam o envelhecimento demográfico, bem como a necessidade de um trabalho conjunto entre os governos, a sociedade civil, o setor empresarial e a academia, é reconhecido pelas fontes de financiamento à investigação. As respetivas diretrizes, quer nacionais quer europeias, estimulam o desenvolvimento de pesquisas orientadas para ações intersetoriais, processos colaborativos, respostas inovadoras e projetos de componente interventiva. Talvez não seja excessivo dizer que as universidades e os centros de investigação têm desempenhado um papel crucial na criação de literatura científica multidisciplinar, que não só divulga questões-chave como sugere a necessidade de desenvolvimento de novos modelos de intervenção. Na base de dados disponibilizada pelo Observatório das Ciências e Tecnologia¹, é possível verificar que o número de doutoramentos realizados ou reconhecidos em Portugal sobre a temática do envelhecimento/ velhice/ idoso(s)/ terceira idade/ velhos/ reforma tem crescido nas diferentes áreas científicas ao longo dos

¹ <http://www.dgeec.mec.pt/np4/119/>

últimos vinte anos². Os resultados da investigação em torno do envelhecimento tornam, ainda, evidente a presença de barreiras sociais na implementação de políticas e programas. Conhecer os efeitos das atitudes negativas e positivas em relação à idade, ao nível do bem-estar da população que envelhece, é um ponto de partida para repensar as estratégias e ações públicas no sentido de alcançar os modos de pensar e encarar os mais velhos (Amaro, 2015).

Despertada a atenção em torno das questões que afetam a vida das populações que envelhecem, a preocupação central que desencadeia o desenvolvimento desta pesquisa consiste em perceber de que forma a sociedade está a responder e a criar as condições de adequação ao acentuado envelhecimento populacional, já aceite de forma consensual pelas comunidades como um desafio global. Ergue-se, assim, uma questão de partida para esta pesquisa: *Considerando o extraordinário aumento da longevidade humana, vivendo hoje mais anos e atingindo idades mais avançadas, de que forma poderemos adequar as estruturas sociais e os modos de pensar e agir para minimizar os impactos negativos do envelhecimento?* Procuramos (re)pensar a cidadania contemporânea a partir dos fortes desafios e necessidades arrastados pela demografia, construindo e problematizando o envelhecimento como temática em estudo. O interesse neste tema é fortalecido pela complexidade da intervenção pública na resposta aos problemas decorrentes do envelhecimento populacional, tendo em conta as responsabilidades das organizações locais, nacionais e supranacionais.

O conjunto problemático e complexo dos desafios tem levado a uma melhoria significativa na forma como encaramos o envelhecimento e as pessoas idosas. Também a melhoria das condições de saúde, através do aumento da *esperança de vida sem incapacidade*, contribui para uma visão mais positiva do envelhecimento. Promover a saúde, contrariar os efeitos nefastos de doenças crónicas, aumentar a capacidade funcional são princípios universais nas sociedades maduras desenvolvidas. Com a melhoria das condições de saúde dos que envelhecem, as comunidades são ainda desafiadas a garantir as condições para uma vida ativa em todas as vertentes da participação social, cultural, cívica, entre outras. Os recursos locais ao serviço das pessoas precisam, igualmente, ter em conta a heterogeneidade da crescente proporção de

2

1979	1983	1984	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	4	1	1	2	4	7	4	6	8	7	12	10	12	10	18	19	11

pessoas mais velhas. Considerando as linhas reflexivas apresentadas e o processo de questionamento já referido, o objetivo desta pesquisa é *identificar e analisar estratégias e orientações políticas de apoio ao envelhecimento, tendo em conta as características e as necessidades da população mais velha, no sentido de informar e adequar as políticas sociais e responder de forma inovadora às exigências e desafios das sociedades maduras contemporâneas.*

O relatório do estudo organiza-se em oito capítulos. O capítulo 1 identifica e clarifica o problema de investigação. A partir da sinalização de indicadores demográficos à escala nacional, no contexto da União Europeia (UE), são exploradas e desenvolvidas as questões e desafios sociais e políticos, que conduziram à definição do grande objetivo da pesquisa.

No capítulo 2 tem início a clarificação do estado da arte e a delimitação conceptual. Inscrevemos, aqui, a investigação no campo e perspetiva das políticas públicas de envelhecimento, mas que recorre igualmente a questões de saúde, económicas e sociológicas. O suporte teórico assume a forma de enquadramento histórico, através de uma análise de desafios e políticas posicionadas no envelhecimento, estudo dos papéis sociais e efeitos na sociedade. São desenvolvidas as funções e capacidades do Estado enquanto interventor sobre o problema social do envelhecimento populacional, prosseguindo com o papel das organizações da sociedade civil e setor privado, numa perspetiva de governança.

No capítulo 3 daremos continuidade à revisão da literatura, descrevendo abordagens capazes de orientar as políticas dirigidas ao envelhecimento. Convoca-se a uma leitura que parte da perspetiva de bem-estar subjetivo, na sua vertente de satisfação com a vida, para alcançar o conceito de “envelhecimento ativo” e a abordagem participativa, que considera os beneficiários das políticas. Finaliza-se a fundamentação teórica com a proposta de uma perspetiva integrada do envelhecimento, selecionada nesta investigação. Conforme esclareceremos, trata da abordagem de governança local das políticas de “envelhecimento ativo”, capaz de alcançar a satisfação com a vida das pessoas, considerando as suas próprias visões.

Esclarecida a sustentação teórica em que a investigação assenta, no capítulo 4 são descritas as opções metodológicas tomadas, no que respeita ao material e métodos. Em termos de estratégias de investigação, enuncia-se que esta pesquisa foi desenvolvida ao longo de três estudos independentes, que serão descritos de forma individualizada, quanto aos procedimentos e técnicas selecionadas, tratamento de dados, resultados e discussão.

O capítulo 5 descreve o *estudo 1*, debruçado sobre a caracterização da população portuguesa com 50 e mais anos, recorrendo à análise dos dados do *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE). A seleção de variáveis do SHARE e o seu tratamento estatístico permitiu descrever a população a nível sociográfico e apurar as principais condições de bem-estar no envelhecimento.

O capítulo 6 prossegue com a exposição do *estudo 2*, relativo a uma população com 65 e mais anos em duas unidades territoriais portuguesas (municípios de Coruche e Oeiras). Através de um inquérito a uma população, foi possível proceder à sua caracterização socioeconómica, condições de bem-estar no envelhecimento e conhecer a sua satisfação com a vida, respeitante a diferentes fatores. A discussão destes resultados pôde ser realizada numa perspetiva de características territoriais, tendo em conta os resultados do *estudo 1*.

No capítulo 7 encontra-se o *estudo 3*, empreendido em torno das políticas locais dirigidas ao envelhecimento nos mesmos municípios portugueses onde decorreu o estudo anterior (Coruche e Oeiras). Este estudo compreendeu três momentos sequenciais, dando origem a três seções de resultados. Numa primeira fase, foram recolhidos programas locais dirigidos ao envelhecimento, analisados por categorias de intervenção, dando origem aos Resultados 3a. Num segundo momento foi construído um modelo de análise de políticas locais dirigidas ao envelhecimento, através da técnica DELPHI, dando origem ao instrumento MALPA. Num terceiro e último ponto, este instrumento foi aplicado aos programas analisados dando origem aos Resultados 3b. Na discussão final deste capítulo procurámos integrar as principais considerações dos três estudos realizados, adotando uma visão global e distanciada do detalhe. São, aqui, salientados os resultados mais significativos de acordo com a perspetiva integrada selecionada.

As conclusões finais são elaboradas no capítulo 8. Depois de resumirem alguns acabamentos da investigação, integram também linhas orientadoras em política social, promotoras de “envelhecimento ativo”, acompanhadas de orientações para a prática relativas às unidades territoriais analisadas. Visamos contribuir para a adequação das medidas implementadas, estimular estratégias que atuem ao longo da vida das pessoas e promover a melhoria da qualidade de vida de todos os indivíduos, especialmente os mais velhos.

CAPÍTULO 1 – A DEMOGRAFIA E A QUESTÃO SOCIAL DO ENVELHECIMENTO. IDENTIFICAÇÃO DE UM PROBLEMA

O conceito de envelhecimento remete para duas dimensões bem distintas: *i)* a dimensão individual, que diz respeito às alterações biológicas do indivíduo com o passar do tempo; *ii)* e a dimensão coletiva, entendida como fenómeno demográfico.

i) Também designado de senescência, o envelhecimento biológico é irreversível. Diz respeito ao declínio da capacidade funcional do organismo (fisiológico, histológico, bioquímico e/ou genético), ligado ao avançar da idade biológica na idade cronológica. Está, portanto, associado a alterações físicas e fisiológicas que se refletem, fundamentalmente, na diminuição da capacidade para realizar as tarefas do quotidiano, o que influencia negativamente a qualidade de vida das pessoas, provocando um estado de vulnerabilidade (Spiriduso, 1995; Vandervoort, 1995). Mas a abordagem ao fenómeno de envelhecimento implica uma visão mais alargada assente num modelo bio-psico-social. Além das mudanças biológicas, estão envolvidas transformações dos papéis sociais e estatutos na sociedade, bem como alterações psicológicas associadas a funções cognitivas e capacidade de tomar decisões (Vaz, 2006). Os estudos que incidem neste prisma de análise dão-nos conta que o processo de envelhecimento, enquanto declínio, acarreta desafios sociais e de saúde para as populações, com implicações no bem-estar e qualidade de vida. Em todo o caso, depende de fatores comportamentais e sociais como os estilos de vida e as condições materiais.

ii) Pela ótica da demografia, o envelhecimento está ligado às questões da estrutura da população e distribuição dos indivíduos por idades. Nesta linha analítica, interpretam-se os dados disponíveis sobre as estruturas e indicadores demográficos, que de uma forma antecipada podemos identificar: aumento da proporção de idosos, diminuição da proporção de jovens, redução da fecundidade e da mortalidade. Poderá, então, dizer-se que as sociedades passam a estar organizadas em moldes diferentes dos anteriores, que influenciam as condições de vida das pessoas e a formulação de políticas.

Neste capítulo são apresentadas as primeiras reflexões que conduziram à seleção do envelhecimento populacional como problema de investigação. Propomos um itinerário em torno do envelhecimento demográfico da população portuguesa no contexto da UE. Estas

tendências e consequências do envelhecimento serão, posteriormente, evidenciadas ao nível de desafios sociais e políticos. Estes, por sua vez, permitirão levantar as questões de investigação, formulando-se o *argument* e o objetivo da pesquisa.

1.1 O CRESCIMENTO DO NÚMERO DE PESSOAS IDOSAS (65+) E A LONGEVIDADE ATINGIDA. PORTUGAL NO CONTEXTO DA UNIÃO EUROPEIA

Numa perspetiva demográfica, o envelhecimento das populações resulta do aumento dos grupos etários mais velhos e da diminuição dos grupos etários mais jovens. Este fenómeno pode explicar-se a partir da análise de indicadores macro, se nos debruçarmos sobre as estruturas demográficas em termos de número de idosos e de jovens; e de indicadores micro, relativos aos valores de natalidade e mortalidade. São estes indicadores que nos permitem caracterizar uma atualidade demográfica mundial marcada por um envelhecimento das regiões mais desenvolvidas (INE, 2011), e identificar a UE como a região mais envelhecida do mundo (Fernandes, 2014).

Começamos por analisar a evolução da estrutura da população. É já um facto bem conhecido que no mundo, mas especialmente na UE e em particular na Europa Ocidental, as coortes etárias mais velhas representam uma proporção substancial da população. Na Tabela I observamos que, em 2016, a proporção de pessoas com 65 e mais anos na UE28 era de 19,2%, variando entre 13,2% na Irlanda e 22% na Itália. Com 20,7%, Portugal apresentava uma das proporções mais altas, sendo apenas ultrapassado pela Itália, Grécia (21,3%) e Alemanha (21,1%). Estes dados são fruto de um crescimento acentuado da proporção de pessoas mais velhas a que temos assistido nas últimas décadas, tanto em Portugal como no resto da Europa. Em relação a 2007, em 2016 a proporção de pessoas com 65 e mais anos cresceu 15,46% em Portugal. Quando comparamos com os outros Estados Membros da UE28, vemos que Portugal ocupa a 10ª posição, com nove países onde o crescimento foi maior (Tabela I).

Os dados de 2016 demonstram ainda que os mais velhos, com 80 e mais anos, ocupam já grande parte da estrutura da população da UE28 (5,4%), variando entre 3,1% na Irlanda e 6,7% na Itália. Também em relação à população com 80 e mais anos, Portugal é um dos países onde este grupo etário tem mais peso (5,9%), ao lado de França (5,9%), sendo apenas ultrapassado pela Itália, Grécia (6,5%) e Espanha (6%). A Tabela I permite-nos concluir que o crescimento da

população mais velha foi ainda mais acelerado na proporção de pessoas com 80 e mais anos. Em relação a 2007, em 2016 a proporção deste grupo etário em Portugal cresceu 28,81%, identificando-se apenas 6 países da UE28 onde o crescimento foi maior: 40,48% na Roménia, 35,85% na Lituânia, 33,85% na Grécia, 33,33% na Croácia, 31,37% na Estónia e 29,27% na Polónia.

Tabela I - Evolução da Proporção de Jovens (0-14 anos), Pessoas com 65 e mais anos e Pessoas com 80 e mais anos, nos Países da UE28, 2007-2016 (%)

	Jovens 0-14			Pessoas 65+			Pessoas 80+		
	2007	2016	2007/2016	2007	2016	2007/2016	2007	2016	2007/2016
EU28	15,9	15,6	-1,92	17	19,2	11,46	4,3	5,4	20,37
Belgium	17,0	17,0	0	17,1	18,2	6,04	4,6	5,5	16,36
Bulgaria	13,2	14,0	5,71	17,6	20,4	13,73	3,5	4,7	25,53
Czech Rep.	14,4	15,4	6,49	14,5	18,3	20,77	3,3	4	17,5
Denmark	18,6	16,8	-10,71	15,3	18,8	18,62	4,1	4,3	4,65
Germany	13,9	13,2	-5,30	19,8	21,1	6,16	4,6	5,8	20,69
Estonia	14,9	16,1	7,45	17,3	19	8,95	3,5	5,1	31,37
Ireland	20,3	21,9	7,31	10,8	13,2	18,18	2,6	3,1	16,13
Greece	14,7	14,4	-2,08	18,6	21,3	12,68	4,3	6,5	33,85
Spain	14,6	15,1	3,31	16,5	18,7	11,76	4,4	6	26,67
France	18,5	18,5	0	16,3	18,8	13,29	4,8	5,9	18,64
Croatia	15,6	14,6	-6,85	17,7	19,2	7,81	3,2	4,8	33,33
Italy	14,1	13,7	-2,92	20,1	22	8,64	5,3	6,7	20,89
Cyprus	18,9	16,4	-15,24	12,4	15,1	17,88	2,8	3,3	15,15
Latvia	14,2	15,2	6,58	17,4	19,6	11,22	3,4	5	32
Lithuania	16,0	14,7	-8,84	16,6	19	12,63	3,4	5,3	35,85
Luxembourg	18,3	16,5	-10,91	14	14,2	1,41	3,3	4	17,5
Hungary	15,2	14,5	-4,83	15,9	18,3	13,11	3,6	4,3	16,28
Malta	16,6	14,2	-16,90	13,9	19	26,84	3,1	4,1	24,39
Netherlands	18,1	16,5	-9,69	14,5	18,2	20,33	3,7	4,4	15,91
Austria	15,6	14,3	-9,09	16,9	18,5	8,65	4,5	5	10
Poland	15,8	15,0	-5,33	13,4	16	16,25	2,9	4,1	29,27
Portugal	15,7	14,1	-11,35	17,5	20,7	15,46	4,2	5,9	28,81
Romania	16,9	15,5	-9,03	14,7	17,4	15,52	2,5	4,2	40,48
Slovenia	14,0	14,8	5,41	15,9	18,4	13,59	3,4	5	32
Slovakia	16,2	15,3	-5,88	12	14,4	16,67	2,5	3,2	21,88
Finland	17,1	16,3	-4,91	16,5	20,5	19,51	4,2	5,2	19,23
Sweden	17,0	17,4	2,29	17,4	19,8	12,12	5,4	5,1	-5,88
UK	17,8	17,7	-0,56	15,9	17,9	11,18	4,4	4,8	8,33

(EUROSTAT)

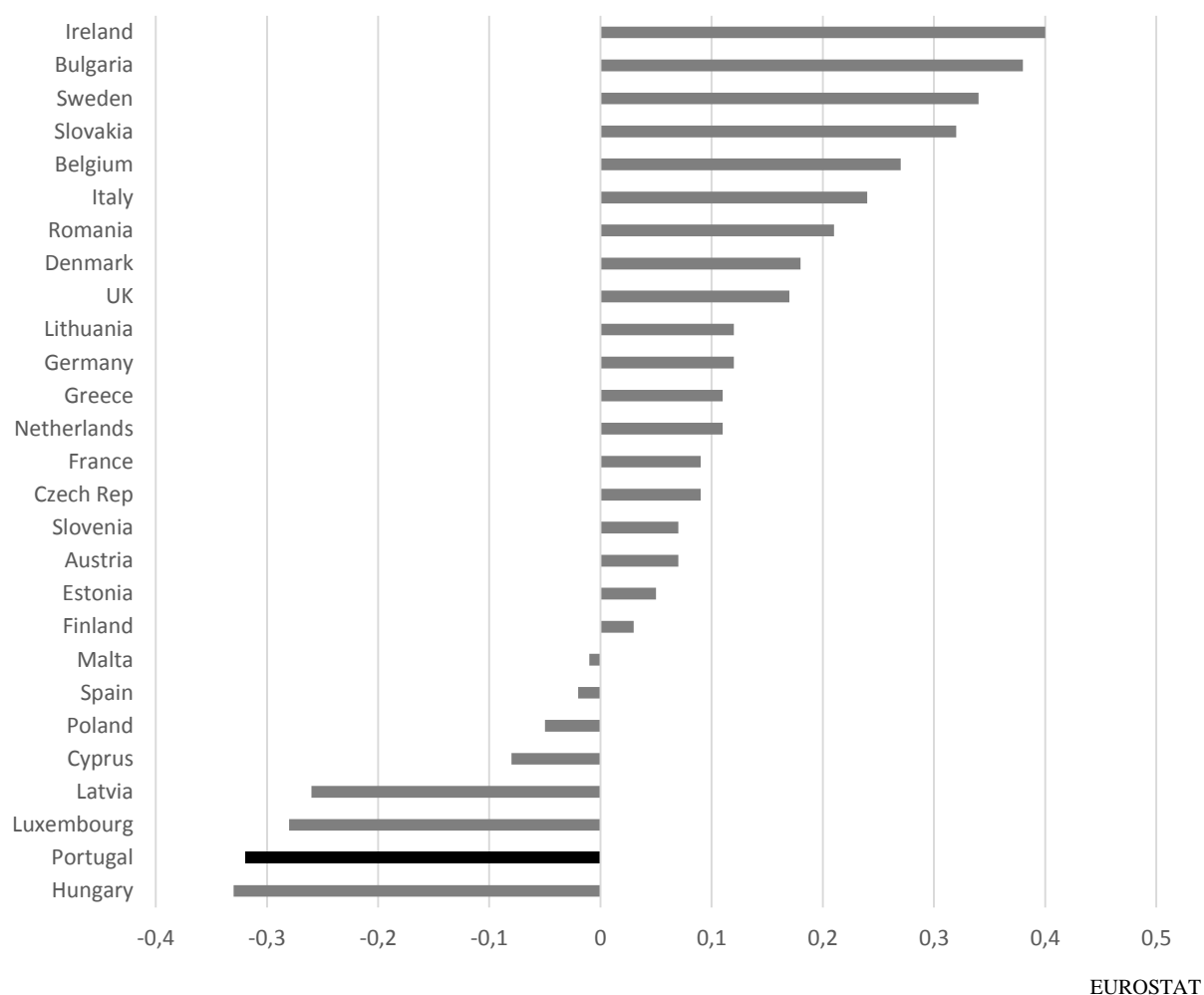
A par do aumento da proporção dos mais velhos, na última década agravou-se o fosso entre jovens e idosos, através de um decréscimo do peso relativo de jovens (dos 0 aos 14 anos) na população total. Na Tabela I verificamos que, em 2016, 15,6% da população da UE28 tinha

menos de 14 anos, variando entre 13,2% na Alemanha e 21,9% na Irlanda. Em Portugal, apenas 14,1% da população em Portugal tinha menos de 14 anos, valor inferior à UE28 e que é apenas mais baixo na Alemanha, Itália (13,2%) e Bulgária (14%). Contrariamente ao crescimento que vemos no envelhecimento do topo da pirâmide, a tendência do envelhecimento da base é constante. Em relação a 2007, em 2016 Portugal viu a sua população jovem reduzir 11,35%, uma diminuição superior ao decréscimo da UE28 (-1,92%) e que é apenas superada por Malta (-16,9%) e Chipre (-15,24%).

Esta estrutura da população é espelhada na idade média da população que, em 2016, na UE28 era de 42,6 anos. Nos Estados Membros, a população mais jovem é a da Irlanda (36,6), em contraste com a registada na Alemanha (45,8), na Itália (45,5) e em Portugal (44), que ocupa a 3ª posição de idade média mais alta. Nos últimos vinte e dois anos, a idade média da população da UE27 aumentou 7,7 anos. Esta tendência foi percebida em todos os países, em especial na Lituânia, onde aumentou 9,6 anos de 1994 a 2016, imediatamente seguida de Portugal onde, no mesmo intervalo, o aumento foi de 8,5 anos.

O crescimento da proporção de pessoas mais velhas e diminuição do número de jovens pode ser explicado através das variáveis micro demográficas. Começamos pela análise relativa à natalidade/fecundidade. O envelhecimento intensifica-se como resultado de uma descida contínua da fecundidade e consequente redução dos nascimentos. O índice de fecundidade tem vindo a diminuir consideravelmente nos últimos 30 anos, ficando muitos países muito abaixo do nível de substituição de gerações. Na Figura 1 observamos que em relação a 2000, em 2014 Portugal foi um dos países que mais reduziu o seu índice sintético de fecundidade (-0,32) a seguir ao Chipre (-0,33). Em 2014, Portugal mostrava a propensão a procriar mais baixa da UE28 (1,23) com todos os Estados Membros da UE28 a apresentarem valores acima de 1,3. Fernandes (2014) sublinha que pode ser considerado um dos níveis mais baixos jamais observado em condições sociais normais, isto é, excluindo as situações críticas decorrentes de guerras ou desastres naturais.

Figura 1 - Diferenças relativas ao Índice Sintético de Fecundidade nos Países da UE28 entre 2000 e 2014



Vejamos, agora, o aumento da longevidade a partir da análise da esperança de vida. O indicador esperança de vida à nascença resume os riscos de mortalidade de uma população em todas as idades, num determinado período de tempo, expressando o número de anos que uma pessoa pode esperar viver, se ao longo da sua vida estiver exposta aos riscos de mortalidade por idades desse período. A taxa bruta de mortalidade³ reflete a estrutura demográfica (pois as pessoas idosas têm maior tendência a morrer), bem como a probabilidade de contrair uma doença específica ou de morrer de uma causa externa. Percebemos, assim, que o declínio da mortalidade corresponde à redução das probabilidades de morte em quase todas as idades, tendo como consequência a sobrevivência das pessoas mais velhas, isto é, os ganhos alcançados tornam possível a sobrevivência de um número crescente de pessoas idosas (ED, 2013). Em Portugal, este acréscimo de anos de vida conquistado pela queda da mortalidade inicia-se nos anos 40 e acentua-se na década de 70, sendo sobretudo devido à diminuição da mortalidade

³ Número de óbitos por cada 1000 habitantes

infantil. Foi o desenvolvimento económico, a melhoria das condições ambientais, a prática de estilos de vida mais saudáveis, os avanços tecnológicos na medicina e as condições de higiene e saúde de manifesta boa qualidade que proporcionaram a redução da mortalidade infantil no último século, na Europa (Nazareth, 2009). Sendo o nível de mortalidade dos países da UE dos mais baixos do mundo, a esperança de vida à nascença aumenta. Embora a esperança de vida tenha vindo a aumentar para todos os Estados Membros da UE28, existem diferenças entre e dentro dos países.

Na Tabela II vemos que, em 2014, a esperança de vida à nascença para Portugal era de 81,3 anos, superior à média da UE28 de 80,9 anos. Já a esperança de vida à nascença masculina em Portugal era de 78 anos, inferior à média europeia (78,1 anos), ocupando a 18ª posição e constituindo o valor mais baixo registado para o conjunto dos 15 países europeus com maior longevidade. Este valor pode ser atribuído à elevada mortalidade prematura da população portuguesa masculina, muito provavelmente relacionada com comportamentos de risco (Fernandes, 2014). Do lado das mulheres, em 2014 a esperança de vida à nascença era de 84,4 anos em Portugal, superior à média da UE28 (83,6 anos), sendo o 6º estado membro com valor mais alto, a seguir à Espanha (86,2), França (86), Itália (85,6), Luxemburgo (85,2) e Chipre (84,7). Este resultado traduz a baixa mortalidade, uma vez que, quando se consegue reduzir ao mínimo toda a mortalidade evitável, reduzem-se também os anos potenciais de vida perdidos (Fernandes, 2014). Para Fernandes (2014), estamos num limite difícil de ultrapassar, tendo a mortalidade infantil atingido valores muito baixos em todos os países da UE. As diferenças de esperança de vida à nascença observadas entre os Estados Membros prendem-se, portanto, com comportamentos de risco e atitudes face ao risco.

No entanto, se olharmos para o crescimento da esperança de vida de homens e mulheres, percebemos que o crescimento do lado masculino tem sido mais acelerado que do lado feminino em quase todos os países. Significa isto que o fenómeno da sobremortalidade masculina tende a diminuir. Fernandes (2009) sugere que se deve a uma maior exposição das mulheres a certos riscos e estilos de vida menos saudáveis, ao facto das mulheres trabalharem mais, acumulando funções laborais e familiares, mas também devido a uma alteração de atitudes masculinas face aos cuidados preventivos de saúde.

Tabela II - Evolução da Esperança de Vida à Nascença, para Homens, Mulheres e Sexos Reunidos, nos Países da UE28, 2005-2014

	2005			2014			Evolução 2005/2014		
	H	M	Sexos Reunidos	H	M	Sexos Reunidos	H	M	Sexos Reunidos
UE28	75,4	81,5	78,5	78,1	83,6	80,9	2,7	2,1	2,4
Belgium	76,2	81,9	79,1	78,8	83,9	81,4	2,6	2	2,3
Bulgaria	69,0	76,2	72,5	71,1	78,0	74,5	2,1	1,8	2
Czech Rep.	72,9	79,2	76,1	75,8	82,0	78,9	2,9	2,8	2,8
Denmark	76,0	80,5	78,3	78,7	82,8	80,7	2,7	2,3	2,4
Germany	76,7	82,0	79,4	78,7	83,6	81,2	2	1,6	1,8
Estonia	67,6	78,2	73,0	72,4	81,9	77,4	4,8	3,7	4,4
Ireland	76,7	81,3	79,0	79,3	83,5	81,4	2,6	2,2	2,4
Greece	76,8	82,5	79,6	78,9	84,1	81,5	2,1	1,6	1,9
Spain	77,0	83,6	80,3	80,4	86,2	83,3	3,4	2,6	3
France	76,7	83,8	80,3	79,5	86,0	82,8	2,8	2,2	2,5
Croatia	71,7	78,8	75,3	74,7	81,0	77,9	3	2,2	2,6
Italy	78,1	83,6	80,9	80,7	85,6	83,2	2,6	2	2,3
Cyprus	76,5	80,8	78,7	80,9	84,7	82,8	4,4	3,9	4,1
Latvia	64,9	76,3	70,6	69,1	79,4	74,5	4,2	3,1	3,9
Lithuania	65,2	77,4	71,2	69,2	80,1	74,7	4	2,7	3,5
Luxembourg	76,7	82,3	79,6	79,4	85,2	82,3	2,7	2,9	2,7
Hungary	68,7	77,2	73,0	72,3	79,4	76,0	3,6	2,2	3
Malta	77,3	81,4	79,4	79,8	84,2	82,1	2,5	2,8	2,7
Netherlands	77,2	81,7	79,6	80,0	83,5	81,8	2,8	1,8	2,2
Austria	76,6	82,2	79,5	79,1	84,0	81,6	2,5	1,8	2,1
Poland	70,8	79,3	75,0	73,7	81,7	77,8	2,9	2,4	2,8
Portugal	74,9	81,5	78,2	78,0	84,4	81,3	3,1	2,9	3,1
Romania	68,4	75,4	71,9	71,4	78,7	75,0	3	3,3	3,1
Slovenia	73,9	80,9	77,5	78,2	84,1	81,2	4,3	3,2	3,7
Slovakia	70,2	78,1	74,1	73,3	80,5	77,0	3,1	2,4	2,9
Finland	75,6	82,5	79,1	78,4	84,1	81,3	2,8	1,6	2,2
Sweden	78,5	82,9	80,7	80,4	84,2	82,3	1,9	1,3	1,6
UK	77,0	81,3	79,2	79,5	83,2	81,4	2,5	1,9	2,2

EUROSTAT

Mas o indicador esperança de vida pode ser calculado em idades mais avançadas da estrutura etária. Vejamos, por exemplo, a esperança de vida aos 65 anos. A Tabela III mostra-nos que, juntamente com o Chipre, Portugal possui o 9º valor mais alto de esperança de vida aos 65 anos (20,2 anos), ligeiramente acima da média da UE28 (20 anos). Ao analisarmos as diferenças de género, em relação aos homens desce para 17º com 16 países com esperança de vida masculina aos 65 anos superior. Do lado das mulheres, apresenta o quarto valor mais alto, com esperança de vida feminina aos 65 anos de 21,9 anos, a seguir à Espanha (23,5 anos), Itália (22,8 anos) e Luxemburgo (22,7 anos).

Tabela III - Evolução da Esperança de Vida aos 65 anos, para Homens, Mulheres e Sexos Reunidos, nos Países da UE28, 2003-2014

	2003			2014			Evolução 2003/2014		
	H	M	Sexos Reunidos	H	M	Sexos Reunidos	H	M	Sexos Reunidos
UE28	15,8	19,3	17,8	18,2	21,6	20	2,4	2,3	2,2
Belgium	15,9	19,6	17,9	18,4	21,9	20,3	2,5	2,3	2,4
Bulgaria	13	15,9	14,5	14,1	17,6	16	1,1	1,7	1,5
Czech Rep.	13,8	17,2	15,7	16,1	19,8	18,1	2,3	2,6	2,4
Denmark	15,6	18,5	17,2	18,1	20,8	19,5	2,5	2,3	2,3
Germany	16,2	19,5	18,1	18,2	21,4	19,9	2	1,9	1,8
Estonia	12,8	17,5	15,6	15,2	20,4	18,4	2,4	2,9	2,8
Ireland	15,8	19,1	17,5	18,4	21,1	19,8	2,6	2	2,3
Greece	17	19,7	18,4	18,8	21,6	20,3	1,8	1,9	1,9
Spain	16,8	20,8	18,9	19,3	23,5	21,5	2,5	2,7	2,6
France	17	21,1	19,2	19,7	24	22	2,7	2,9	2,8
Croatia	13,3	16,8	15,3	15,5	19,1	17,5	2,2	2,3	2,2
Italy	16,7	20,4	18,8	19,2	22,8	21,2	2,5	2,4	2,4
Cyprus	16,5	19	17,8	18,9	21,4	20,2	2,4	2,4	2,4
Latvia	12,4	16,6	15	13,8	19	17	1,4	2,4	2
Lithuania	13,3	18	16,1	14,3	19,5	17,4	1	1,5	1,3
Luxembourg	15,3	18,9	17,3	18,4	22,7	20,7	3,1	3,8	3,4
Hungary	13	16,9	15,3	14,6	18,6	16,9	1,6	1,7	1,6
Malta	15,6	18,6	17,2	18,6	21,7	20,3	3	3,1	3,1
Netherlands	15,8	19,5	17,8	18,6	21,4	20,1	2,8	1,9	2,3
Austria	16,4	19,7	18,3	18,5	21,8	20,3	2,1	2,1	2
Poland	13,9	18	16,2	15,9	20,4	18,4	2	2,4	2,2
Portugal	15,7	19,2	17,6	18,1	21,9	20,2	2,4	2,7	2,6
Romania	12,8	15,6	14,3	14,7	18,1	16,6	1,9	2,5	2,3
Slovenia	14,3	18,7	16,9	17,7	21,6	19,9	3,4	2,9	3
Slovakia	13,2	16,9	15,3	15,1	19,1	17,4	1,9	2,2	2,1
Finland	16,2	20	18,3	18,2	21,7	20,1	2	1,7	1,8
Sweden	17,1	20,4	18,8	18,9	21,6	20,3	1,8	1,2	1,5
UK	16,3	19,1	17,8	18,8	21,3	20,1	2,5	2,2	2,3

EUROSTAT

Olhemos, agora, para os ganhos de esperança de vida aos 65 anos ao longo da última dezena de anos. De 2003 para 2014, Portugal apresenta ganhos femininos superiores aos masculinos (2,7 anos e 2,4 anos, respetivamente). O mesmo acontece com Bulgária, República Checa, Estónia, Grécia, Espanha, França, Croácia, Hungria, Malta, Polónia, România e Eslováquia. No lado oposto encontramos Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Irlanda, Itália, Holanda, Eslovénia, Finlândia, Suécia e Reino Unido, com maiores ganhos masculinos. Fernandes (2014) e Fernandes *et al.* (2009) acreditam que esta tendência possa ser explicada pelos programas eficientes de prevenção de doenças crónicas, programas de promoção a saúde e prevenção da

doença, com maior impacto na mortalidade precoce masculina, ou seja, melhoria da sobrevivência dos homens.

Mas os dados demográficos em torno da esperança de vida permitem ir mais longe na interpretação de consequências do envelhecimento. Como veremos mais adiante, o aumento do número de anos de vida pode não ser acompanhado de saúde e qualidade de vida. A diferença é demonstrada pelos demógrafos através do cálculo da esperança de vida em boa saúde, isto é, para determinada idade, quantos anos o indivíduo espera viver, em média, em boa saúde, sem incapacidade. Na Tabela IV vemos que, em 2014, as mulheres da UE28 esperavam viver à nascença 61,8 anos com saúde, correspondendo a 73,9% da esperança de vida à nascença. Portugal apresentava um valor inferior (55,4 anos), sendo o terceiro estado membro com menor valor de anos de vida saudáveis à nascença para as mulheres, a seguir à Letónia (55,3 anos) e à Eslováquia (54,6 anos). Apenas 65,7% da esperança de vida à nascença das mulheres em Portugal era vivida em boa saúde, correspondendo a 29 anos sem saúde. Do lado masculino, em 2014 a população da UE28 esperava viver à nascença 61,4 anos com saúde, traduzidos em 78,6% da esperança de vida à nascença. Portugal, com 58,3 anos, obtinha o 7º valor mais baixo, estando apenas acima da Áustria (57,6), Lituânia (57,6), Alemanha (56,4), Eslováquia (55,5), Estónia (53,2), Letónia (51,5). Em Portugal, os homens viviam com saúde somente 74,8% da sua esperança de vida à nascença, correspondendo a 19,7 anos sem saúde.

Se os dados apresentados evidenciam uma União Europeia e um Portugal envelhecidos, as projeções preveem que continuaremos a conhecer um manifesto agravamento do processo de envelhecimento demográfico, até 2080. Neste duplo envelhecimento, a base da pirâmide tenderá a estabilizar. Ainda que se adotem medidas de apoio à natalidade, não se preveem grandes diferenças. Até 2080 prevê-se uma diminuição do número de nascimentos, uma ligeira diminuição da proporção de jovens (0-14 anos) 15,6% em 2014 para 15,1% na UE28, bem como da proporção de pessoas em idade ativa de 65,9% em 2014 para 56,9% até 2050 e 56,2% até 2080 (Eurostat, 2015).

Já o envelhecimento no topo da pirâmide prevê uma evolução de agravamento nas próximas décadas. A idade média da população na UE28 em 2080 será de 46,4 anos com 11 países acima deste valor, entre os quais Portugal, devendo atingir 52,5 anos (Eurostat, 2015). Projeta-se que a proporção de pessoas na UE28 com idade igual ou superior a 80 anos alcance 12,3% até 2080, variando entre 7,4% na Irlanda e 16,3% na Eslováquia. Neste ano, 13 Estados Membros

revelarão uma percentagem de pessoas muito idosas maior que a média da UE28, entre os quais Portugal que prevê 15,8% em 2080 (Eurostat, 2015).

Tabela IV - Anos de Vida Saudáveis (AVS) à Nascimento e Esperança de Vida (EV) à Nascimento. Homens e Mulheres, nos Países da UE28, em 2014

	MULHERES			HOMENS		
	EV	AVS	% de AVS na EV	EV	AVS	% de AVS na EV
UE28	83,6	61,8	73,9%	78,1	61,4	78,6%
Belgium	83,9	63,7	75,9%	78,8	64,5	81,9%
Bulgaria	78,0	66,1	84,7%	71,1	62,0	87,1%
Czech Rep.	82,0	65,0	79,2%	75,8	63,4	83,6%
Denmark	82,8	61,4	74,2%	78,7	60,3	76,6%
Germany	83,6	56,5	67,6%	78,7	56,4	71,7%
Estonia	81,9	57,1	69,7%	72,4	53,2	73,5%
Ireland	83,5	67,5	80,9%	79,3	66,3	83,7%
Greece	84,1	64,8	77,1%	78,9	64,1	81,2%
Spain	86,2	65,0	75,4%	80,4	65,0	80,9%
France	86,0	64,2	74,7%	79,5	63,4	79,7%
Croatia	81,0	60,0	74,1%	74,7	58,6	78,4%
Italy	85,6	62,3	72,8%	80,7	62,5	77,5%
Cyprus	84,7	66,3	78,2%	80,9	66,1	81,8%
Latvia	79,4	55,3	69,6%	69,1	51,5	74,5%
Lithuania	80,1	61,7	77,0%	69,2	57,6	83,3%
Luxembourg	85,2	63,5	74,6%	79,4	64,0	80,7%
Hungary	79,4	60,8	76,5%	72,3	58,9	81,5%
Malta	84,2	74,3	88,2%	79,8	72,3	90,6%
Netherlands	83,5	59,0	70,7%	80,0	63,3	79,2%
Austria	84,0	57,8	68,8%	79,1	57,6	72,9%
Poland	81,7	62,7	76,8%	73,7	59,8	81,2%
Portugal	84,4	55,4	65,7%	78,0	58,3	74,8%
Romania	78,7	59,0	74,9%	71,4	59,0	82,6%
Slovenia	84,1	59,6	70,9%	78,2	57,8	73,9%
Slovakia	80,5	54,6	67,8%	73,3	55,5	75,7%
Finland	84,1	57,5	68,4%	78,4	58,7	74,9%
Sweden	84,2	73,6	87,5%	80,4	73,6	91,6%
UK	83,2	64,2	77,1%	79,5	63,4	79,7%

EUROSTAT

1.2 VIVER MAIS ANOS, O GRANDE DESAFIO

Estamos cientes de que continuará a crescer a esperança de vida e, conseqüentemente, também o número de pessoas que atinge idades mais elevadas. Por intermédio de outros fatores como o aumento *i)* da morbilidade; *ii)* da carga fiscal com pensões e peso relativo para as pessoas em idade ativa; *iii)* da heterogeneidade da população envelhecida, entre outros; o aumento da longevidade levanta problemas de conotação negativa, representando grandes conseqüências políticas, económicas e sociais. De uma forma introdutória podemos dizer que o envelhecimento demográfico representa vários desafios para as sociedades, em três grandes domínios: *i)* estruturas sociais de apoio, relacionadas com cuidados sociais e de saúde, gastos com saúde, prevalência das doenças crónicas e alterações da estrutura e relações familiares (Amaro, 2015); *ii)* regimes de pensões e segurança social; e *iii)* longevidade, trajetória de vida e trabalho.

1.2.1 ENVELHECIMENTO E ESTRUTURAS SOCIAIS DE APOIO: A SOLIDARIEDADE FAMILIAR

Num cenário de longevidade, embora seja conseqüência de melhores condições de vida, viver mais tempo aumenta a suscetibilidade a doenças e a carga de morbilidade. Isto porque, em termos de biologia humana, o envelhecimento é descrito como uma acumulação de défices de diferentes dimensões em diferentes indivíduos e sistemas de órgãos (Shiels & Ritzau-Reid, 2015). De facto, as pessoas idosas têm maior risco de declínio da independência funcional à medida que envelhecem, que é, conseqüentemente, associado a maiores taxas de hospitalização e mortalidade (Berke *et al.*, 2007). Há uma correlação muito clara entre idade e deficiência e existem questões significativas que devem ser abordadas para permitir que as pessoas mais velhas continuem a viver de forma independente. O avanço da idade pode trazer uma série de problemas que afetam a mobilidade, incluindo a perda de força e equilíbrio, perda de acuidade na visão e audição e perda de destreza manual. Além disso, há um aumento acentuado das condições neurológicas, afetando as habilidades de vida diária, como a demência e condições relacionadas (Frye, 2014).

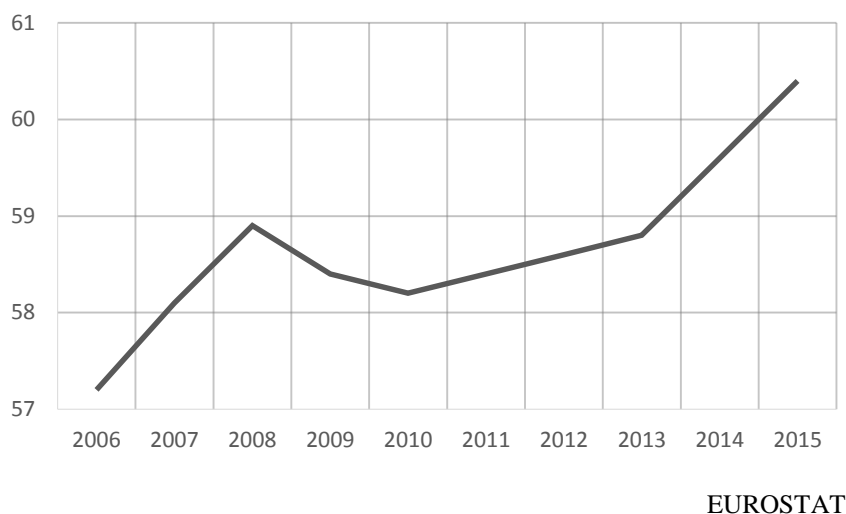
Como vimos no ponto anterior, os dados exibem diferenças entre a esperança de vida e a esperança de vida em boa saúde. O alongamento do tempo de vida, quando não é proporcional ao aumento do número de anos de vida com saúde, e pela diminuição de capacidade de resposta

das formas tradicionais de apoio ligadas às solidariedades intergeracionais primárias (Lopes & Lemos, 2012), é acompanhado pelo aumento da procura de serviços sociais, de saúde e cuidados de longa duração, com a provável necessidade de aumento do número de profissionais especializados (Eurostat, 2012). Neste eixo argumentativo, os gastos com cuidados de saúde podem assumir uma importância acrescida, se pensarmos que o aumento da duração da vida pode traduzir uma deterioração do estado de saúde, diminuição da capacidade funcional, incapacidade e dependência. Quando as pessoas vivem mais tempo, a vulnerabilidade aumenta e requer mais atenção em relação à sua saúde física, psicológica e social, sendo muitas vezes hospitalizadas por doenças crônicas e degenerativas, dependência funcional, saúde mental e distúrbios cognitivos. Sabe-se que a prevalência de incapacidade severa é maior nos grupos etários mais velhos, atingindo sobretudo as mulheres de idade mais avançada. Porém, ainda que exista uma associação entre a incapacidade e a idade, pode ser fruto do processo de senescência, originada pela idade avançada, ou ter origem em doenças crônicas (Gil, 2007).

Em termos de políticas de saúde, percebemos que o envelhecimento da população permite novas oportunidades se as pessoas envelhecerem saudáveis, sendo o objetivo alcançar um envelhecimento dinâmico, em que o aumento da idade se faça acompanhar por qualidade de vida. Na pesquisa de soluções para estes desafios de saúde e de proteção social firmemente instalados, Esping-Andersen (2009) defende que o investimento público parece mais justo e eficaz que o recurso ao mercado ou às famílias, pois a privatização da proteção não faria desaparecer as necessidades nem baixar os custos, sendo sempre necessário cobrir as necessidades de saúde e dependência dos idosos. Já o investimento coletivo pode garantir a igualdade, aumentando as possibilidades das crianças, produzindo mais ativos e multiplicando os empregos femininos. Para o autor, são as despesas privadas que reproduzem as desigualdades formadas pelo mercado.

Interessa-nos, aqui, destacar que as alterações na estrutura, funcionamento e configuração das relações familiares, vêm comprometer os moldes em que assentam as respostas dirigidas ao envelhecimento. Começamos por refletir sobre o aumento da taxa de atividade feminina. Tal como se observa na Figura 2, ao longo dos últimos anos aumentou a proporção de mulheres em idade ativa que estão a trabalhar. Efetivamente, as mudanças na estrutura das famílias perturbam o funcionamento dos modelos de organização familiar, no qual os direitos são atribuídos ao membro que tem atividade remunerada, que raramente seria a mulher (Esping-Andersen, 2009).

Figura 2 - Proporção de mulheres empregadas na UE28



Relativamente à estrutura familiar, constata-se ainda um crescimento do número de famílias constituídas a partir de uniões de facto, um aumento das famílias monoparentais e unipessoais, bem como uma redução dos elementos ao nível da família nuclear (menor número de filhos). Estas modificações podem ter consequências na prestação de cuidados, se a família por si só não for capaz ou não estiver disposta a assumir o encargo relativo ao aumento de pessoas que necessitam de cuidados (WHO, 2002; Capucha, 2012). Consideremos o exemplo de que a redução do número de filhos levará a uma polarização das responsabilidades familiares num único elemento (Gil, 2007). Fernandes (2008) corrobora com estas considerações ao acrescentar que, embora se verifique um aumento do número de famílias trigeracionais, implicando fracas distâncias geracionais, é agora menos frequente a coabitação dos pais idosos com os seus filhos adultos. Estas afirmações conduzem-nos a refletir e a ter em conta que importa distinguir a frequência e a intensidade das relações das pessoas mais velhas e a relação com os modelos de proteção social familiaristas. Falamos de trocas familiares e transferências de receitas entre gerações, sendo a família a estrutura, social e económica mais imediata na vida das pessoas, à medida que envelhecem (Phillipson & Vincent, 2007). Sobre estas trocas, Esping-Andersen (2009) defende que as transferências monetárias são maiores dos mais velhos para os mais jovens e é a família que presta a maioria dos cuidados.

Também os processos associados a fatores como a globalização e migração provocam alterações no seio das famílias. Estes fenómenos provocam uma redução da proximidade geográfica das estruturas familiares, limitando a solidariedade e intercâmbios funcionais, como a prestação de cuidados diretos. Por outro lado, possibilita a assistência financeira da geração

mais velha por parte dos filhos migrantes (Marshall, 2013), que melhoram a sua disponibilidade económica.

Em suma, dada a forte pressão sobre os custos de saúde a que o envelhecimento nos expõe, talvez seja necessário estabelecer no futuro um papel mais importante à família e ao mercado. Contudo, verifica-se que as soluções baseadas na família tendem a ser contraproducentes pois, embora possam aumentar os laços de familiares, se se solicitarem cuidados de maneira intensa os membros da família tendem a recusar, perdendo-se a solidariedade ou, caso aceitem realizar os cuidados, se as necessidades forem elevadas terão de abandonar o mercado de trabalho (Esping-Andersen, 2009).

Vejamos, ainda, outra questão pertinente ao nível dos desafios sociais. Prende-se com os valores da solidão entre os mais velhos, na medida em que muitos idosos vivem sozinhos. Em 2013, cerca de 13,4% dos agregados familiares da UE28 era constituído por uma única pessoa com 65 ou mais anos, sabendo-se que os problemas instalam-se nos diferentes contextos territoriais. Embora a maior proporção de pessoas idosas residisse em zonas rurais, os idosos eram mais propensos a viver sozinhos nas áreas urbanas. Ainda assim, Portugal tinha das menores percentagens de idosos a viver sozinhos, menos de 20%, juntamente com a Grécia e a Espanha. A este respeito, devemos ainda ter consciência que são as mulheres que vivem mais sozinhas (Eurostat, 2016). Em 2011, 36,9% das mulheres com 65 e mais anos da UE28 vivia sozinha e apenas 16,9% dos homens. Em relação às pessoas 85 e mais anos, 49,5% das mulheres vivia sozinha e apenas 27,8% dos homens. Estas diferenças de género surgem graças à maior esperança de vida das mulheres e maior propensão a enviuvarem, pela sobremortalidade masculina (INE, 2011).

Outros desafios vão além dos cuidados sociais e de saúde, na medida em que as pessoas que continuam com boa saúde podem manter-se ou tornar-se ativas, exercendo os seus direitos de participação cívica e social. Considerando os valores da esperança de vida à nascença em Portugal (2014) e os 66 anos como idade estabelecida para a retirada do mercado de trabalho, calculamos que as mulheres portuguesas vivem em média 18,4 anos após a reforma (84,4 - 66) e os homens 12 anos (78,0 - 66). Este alongamento do tempo de vida após a reforma consiste num indicador significativo não só das questões em torno da sustentabilidade do sistema de pensões e da necessidade de recursos de saúde, como também de importância de criar respostas ao nível de ocupação, a vários níveis de ação pública. Os dispositivos locais são desafiados a garantir a possibilidade das pessoas mais velhas se envolverem em atividades sociais e culturais,

frequentarem programas educativos para aquisição de novos conhecimentos e capacidades ou usarem o seu tempo livre para viajar, por exemplo. Este ponto de vista otimista do envelhecimento considera que as gerações mais velhas dispõem de melhor saúde, mais recursos económicos e educacionais. Na verdade, avizinha-se um conjunto de necessidades, exigências e aspirações a que a ação pública terá de dar resposta. No entanto, sabe-se que grande parte da população mais velha vive no limiar da pobreza, com fraca disponibilidade financeira e cujas limitações alcançam, além da saúde, a vida e a participação na comunidade.

1.2.2 DESAFIOS AO NÍVEL DOS REGIMES DE PENSÕES E SEGURANÇA SOCIAL

Percebemos que as relações de dependência que o envelhecimento acarreta produzem ecos na despesa pública, por exemplo em relação à sustentabilidade dos sistemas de pensões (Eurostat, 2015). Estes desafios são perceptíveis ao verificarmos que o índice de dependência de idosos⁴ tem vindo a aumentar. Em 2014, o índice de dependência de idosos na UE28 era de 28,1%, significando mais de 3,5 pessoas na idade ativa por cada pessoa com 65 e mais anos. O pico foi atingido na Itália, com 33,1% (aproximadamente 3 pessoas em idade ativa por cada pessoa com 65 e mais anos) e também Portugal estava acima de 30%, juntamente com a Grécia, a Alemanha, a Suécia e a Finlândia (Eurostat, 2015). Em termos de evolução e ritmo de crescimento, Malta foi o país que mais aumentou desde 1994 até 2004 (10,1%) sendo Portugal um dos países com maior crescimento (acima de 8 pontos). É do aumento da carga sobre a população ativa que estamos a falar. Prevê-se que, na UE28, este índice de dependência aumente para 49,4% até 2050 e 51% até 2080, sendo as projeções mais altas para 2080 na Eslováquia (68,7%) e em Portugal (68,2%). Este desequilíbrio entre grupos populacional tem um impacto na economia e nos sistemas financeiros dos Estados Membros, pois vem comprometer não só a sustentabilidade social como o crescimento e a sustentabilidade económica (Phillipson, 2013; Fernandes, 2014).

As pensões constituem dos maiores gastos sociais nacionais em toda a Europa e no resto do mundo desenvolvido, o que levanta questões políticas de sustentabilidade face ao envelhecimento demográfico (Walker & Maltby, 2012). Tendo já entendido que os sistemas de proteção social são afetados pelas alterações demográficas e familiares, vejamos agora como o envelhecimento populacional coloca problemas de financiamento aos sistemas de reforma e

⁴ População de 65 ou mais anos em relação à população entre os 15 e os 64 anos

tem igualmente impacto nas questões de divisão do trabalho ao longo da vida e de adaptação das qualificações às evoluções tecnológicas. Segundo Fernandes (2008:123) foram três os fatores que contribuíram para que o envelhecimento provocasse o desequilíbrio financeiro dos sistemas de reforma: “*i*) aumento do número de reformados, *ii*) aumento do tempo de reforma pelo aumento da esperança de vida, *iii*) redução dos quotizantes pelo decréscimo da população ativa”. Na verdade, o aumento da taxa de atividade feminina referido, juntamente com outras alterações significativas provocadas na construção da família, conduziu a uma quebra na taxa de natalidade e do número de filhos dos anos 1980s e 1990s. Esta, por sua vez, reduziu consideravelmente a população ativa, que terá de alimentar um número cada vez mais elevado de reformados que vivem mais tempo e com necessidade sociais crescentes. Além disso, apesar do aumento da longevidade, o limite de passagem à reforma pouco progrediu desde a instauração das pensões, tendo até diminuído devido à crescente vulnerabilidade dos trabalhadores no final da carreira, desemprego dos trabalhadores mais velhos e dificuldade em encontrar um novo emprego (Fernandes, 2016). Esta reforma precoce dos trabalhadores mais velhos é também fruto de estratégias económicas empresariais para acompanhar o ritmo da inovação tecnológica (Fernandes, 2008).

Debruçando-nos sobre o sistema de pensões que vigora em Portugal, originado pelo modelo da Organização Internacional do Trabalho no pós II Guerra Mundial, é denominado sistema de repartição e assenta num financiamento PAYG (*pay-as-you-go*). Trata-se de um modelo em que os trabalhadores contribuem com uma parte do seu salário para assegurar o pagamento das pensões dos reformados, sendo o valor das pensões uma percentagem definida do salário ganho. Embora garantida à população reformada do presente o direito a um rendimento de substituição de salário, a sua sustentabilidade pressupõe a existência de crescimento demográfico equilibrado entre gerações, crescimento económico e confiança política. Face ao exposto, são conhecidas algumas desvantagens decorrentes do envelhecimento demográfico, ao instalar um problema de sustentabilidade generalizado a todo o mundo ocidental que tem este modelo implementado, por não se conseguir assegurar com a mesma taxa de contribuição dos ativos a mesma taxa de substituição de rendimento de quem se reforma (Pereirinha, 2008). Por outras palavras, o aumento da proporção dos mais velhos e a diminuição dos mais novos interfere diretamente com os fluxos das quotizações da população contribuinte para o sistema, na medida em que são mais inativos a receber e menos ativos a quotizar-se, tendo estes que contribuir com uma parcela maior dos seus rendimentos para garantir o funcionamento do sistema (Fernandes, 1997). Outra fragilidade está no crescimento salarial que, sendo a base em que assenta o

financiamento das pensões, quando reduzido pode ser insuficiente na base de financiamento das pensões em crescimento (Pereirinha, 2008). Este sistema poderá enfrentar cortes e ajustes incrementais, embora sejam altamente resistentes à mudança, na medida em que esta obrigaria a um fardo insustentável para os trabalhadores atuais que se veriam obrigados a financiar as reformas da geração anterior e, ao mesmo tempo, poupar para a sua (Pierson, 2000).

É neste sentido que um dos grandes desafios do Estado no século XXI se inscreve no domínio das reformas, tornando-se o centro do debate político, através do objetivo de prevalecer a igualdade, mantendo a equidade intergeracional e no seio das gerações. A demografia alerta-nos para a necessidade de impor reformas maiores e mais urgentes, não esquecendo a importância de serem legítimas, prioritariamente fundadas em princípios de justiça, isto é, repartir equitativamente o custo do envelhecimento entre os jovens e os velhos e tendo em conta que a morte não é democrática e que os ricos vivem mais tempo que os pobres, o que ocasiona desigualdades entre os reformados de uma mesma geração. A luta espelha-se na definição de regras de repartição que permitam uma equidade intergeracional equivalente entre os reformados e a população ativa. O problema assume contornos mais visíveis ao assumirmos que, se continuarmos sem alterar o atual sistema de repartição (onde os atuais ativos se quotizam para pagar as atuais reformas, fundado em prestações de reformas definidas) o total dos custos adicionais resultantes do envelhecimento recairá sobre a população ativa, arrastando consigo uma subida significativa das quotizações sociais. Por outro lado, se a taxa de quotização se fixar no seu nível atual e não aumentar a despeito do envelhecimento populacional, sem recursos suplementares, a carga adicional cairá unicamente sobre os reformados, que verão as suas reformas diminuir na proporção do encargo provocado pelo envelhecimento (Esping-Andersen, 2009).

Este desafio social traduz-se em termos de sustentabilidade mas também do ponto de vista da própria legitimidade dos contratos sociais e dos princípios da cidadania social, cuja resolução implicará o aparecimento de estratégias e políticas sociais adequadas às características socioculturais da população portuguesa, entre as quais está o aumento da idade estabelecida para a entrada na reforma, que se estima chegar, dentro de alguns anos aos 70 anos de idade (Mendes, 2011). A política de esticar a idade da reforma parece assegurar a justiça entre gerações e, segundo a OCDE, uma diferença de dez meses é financeiramente equivalente a uma redução de 10% nas despesas com as reformas (Esping-Andersen, 2009). Esping-Andersen (2009) refere que, embora constitua um instrumento eficaz na redução da duração da reforma e

aumento do dos anos de quotização, ergue um problema de equidade pelo facto da saúde, esperança de vida, invalidez e riqueza estarem estreitamente correlacionadas. Além disso, o aumento da idade da reforma impõe que as instituições se adaptem à diferença na idade da reforma para que os ativos não sejam empurrados implicitamente a abandonarem o mercado precocemente, reformando igualmente os sistemas de negociação a fim de evitar que os idosos não sejam despedidos por se tornarem demasiado caros. Para atingir a equidade o autor afirma que seria necessário harmonizar os planos de reforma públicos e privados, fazendo depender a idade do início da reforma do rendimento que cada um reteve ao longo da vida. Acredita que esta medida traria uma dupla vantagem à sociedade ao verificar-se que os altos rendimentos corresponderiam às reformas mais caras mas também aos ativos mais produtivos, economizando-se as despesas com as reformas e aumentando-se a receita fiscal.

Relativamente às propostas de privatização, embora possam reduzir as pressões exercidas sobre as finanças públicas, Esping-Andersen (2009) afirma que não serão capazes de modificar os futuros custos sociais, pois o número de reformados continuará a aumentar, quer sejam financiados por reformas públicas ou rendimentos retirados das ações e obrigações. Além disso, as soluções privadas podem revelar-se mais custosas ao refletirem custos de transação elevados e, considerando que os planos privados calculam os níveis de prestações segundo a mortalidade prevista, o aumento da longevidade manifesto pode representar o risco de muitas reformas perderem cobertura durante uma parte do seu funcionamento.

Há uma importância crucial no complemento entre benefícios públicos e privados para moldar as necessidades financeiras e as contribuições dos idosos, as suas preferências e exigências do sistema político. Esta dinâmica tem sido claramente evidente no campo das pensões em que os países que encorajaram fortemente a poupança privada para a reforma (como o Canadá) são menos afetados pelo envelhecimento da população que aqueles que dependem quase exclusivamente das transferências públicas. No entanto, a expansão do sector privado nos sistemas de pensões, isto é, sistemas de pensões dependentes da poupança privada, é também um gerador de novos riscos, como níveis elevados de pobreza, forçando o Estado a intervir quando as taxas de poupança pessoal são insuficientes (como acontece no Reino Unido). Uma forte dependência de soluções privadas significa maior risco do bem-estar futuro e criará também uma redistribuição desigual, uma vez que investimentos semelhantes geram diferentes benefícios. Além disso, a dependência de benefícios privados não elimina o Estado como um

ator chave, devendo este assumir um papel regulador para proteger os cidadãos e supervisionar o mercado (Peters, 2005).

1.2.4 LONGEVIDADE, TRAJETÓRIA DE VIDA E TRABALHO

O desafio imposto exige a procura de meios para atingir uma partilha equitativa e viável dos encargos que pesam sobre as sociedades cada vez mais envelhecidas. Não esquecendo que o bem-estar dos idosos é o resultado, em primeiro lugar, do seu percurso de vida, as medidas que proporcionam um aumento da qualidade de vida ao longo do curso de vida exibem preferência, sabendo que a conquista de uma reforma segura depende largamente do sucesso da vida profissional, fortemente correlacionada com a qualidade da infância e juventude (Esping-Andersen, 2009). Até recentemente, as respostas políticas em toda a UE para as alterações demográficas concentraram-se nos três pilares da reforma: pública, privada e profissional; sendo o emprego muitas vezes ignorado no debate sobre a sustentabilidade do sistema de pensões (Walker & Maltby, 2012). Todavia, dizer que a maioria das implicações do envelhecimento das sociedades se espelha no prisma dos reformados e das reformas constitui uma visão extremamente redutora, tendo em conta que afeta o cenário societal em todas as suas dimensões. Além da sustentabilidade dos sistemas de pensões, está em causa a cobertura dos novos riscos sociais, a preservação da identidade e relações intergeracionais em cada estágio etário (profundamente transformadas), bem como as alterações ao nível do trabalho e divisão do ciclo de vida (Guillemard, 2005).

A importância do emprego é enfatizada na fase da vida mais tardia impulsionada pelos desequilíbrios futuros na força de trabalho e pelo facto de que durante períodos a reforma significava uma pensão para 10 anos (ou menos), que agora pode durar mais de 40 anos (Walker & Maltby, 2012). Além disso, prevê-se uma proporção crescente de idosos a permanecerem no mercado de trabalho por mais tempo, em parte pelo aumento da idade da reforma e restrições impostas para a reforma antecipada, mas também porque alguns indivíduos desejam continuar a trabalhar e outros são forçados a fazê-lo, por razões económicas (Eurostat, 2015). Contudo, a revisão do emprego dos mais velhos requer a incorporação de políticas de apoio ao trabalho voluntário e um conjunto de esforços abrangentes que alcancem a cooperação de todos os intervenientes no mercado. Tratam igualmente de medidas reformistas que adotem ações de desenvolvimento de competências de trabalho ao longo da vida laboral, considerando a formação ao longo da vida um instrumento particularmente central nas estratégias de

prolongamento da vida ativa (Guillemard, 2005). Não sendo o envelhecimento populacional, em si mesmo, um problema mas uma conquista, a discussão da reforma não pode alhear-se à reflexão sobre o trabalho e ciclo de vida (Fonseca, 2016).

A realidade da experiência do mercado laboral de trabalhadores idosos é, na maior parte dos países da UE, de exclusão do emprego (Walker & Maltby, 2012). Na maioria dos países, os trabalhadores idosos tendem a ocupar um estatuto relativamente baixo no mercado de trabalho, sofrendo de discriminação em matéria de recrutamento e são desproporcionalmente representados entre os desempregados de longa duração (Phillipson & Smith, 2005). Relembrando ainda que a política mais comum de redução dos custos futuros com pensões, adotada pelos Governos da UE, de aumentar a idade da reforma, estende-se à experiência de inclusão dos trabalhadores mais velhos (Walker & Maltby, 2012). A exclusão precoce do mercado de trabalho tende a reforçar o idadismo, acentuando a ideia de que o avanço da idade acarreta perda de competências, provocando uma diminuição o papel e estatuto social dos mais velhos ao categorizá-los como incapazes (Fonseca, 2016).

Os empregadores têm, muitas vezes, opiniões estereotipadas sobre os trabalhadores mais velhos o que influencia as práticas de recrutamento, formação e promoção. Há um corpo de evidência em diferentes países da UE que mostram que as pessoas 50+ e 60+ são frequentemente discriminadas no mercado de trabalho (Walker & Maltby, 2012). A literatura sugere que se trata de uma discriminação de característica endémica e persistente dos mercados europeus, não havendo indícios de que o poder dos estereótipos em relação à idade esteja a regredir (Abrams *et al.*, 2011). Contrariamente a estes estes estereótipos profundamente enraizados, as investigações científicas mostram que os trabalhadores mais velhos são, em média, mais eficazes no trabalho que os jovens, embora hajam variações de performance entre os empregos (Smeaton, Vegeris & Sahin-Dimen, 2009). Além disso, os mais velhos sofrem menos acidentes que os mais novos, são menos propensos a deixar a organização voluntariamente e o custo médio para o empregador é semelhante. Mas, convém igualmente destacar, que a reflexão do trabalho faz-se ainda no sentido das oportunidades de enveredar por um novo trabalho, da liberdade, tomada de decisão e escolhas que o indivíduo faz no período pós-reforma, no que respeita da uma determinada atividade profissional, concretizando novos projetos (Fonseca, 2016).

1.2.5 A PROBLEMÁTICA: ARGUMENT E DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Numa perspectiva de política social, o envelhecimento populacional tem sido reconhecido como um problema global de importância ampliada nas sociedades desenvolvidas e maduras assentes em sistemas de segurança social, o modelo das modernas democracias social-democratas. A celebração das conquistas de longevidade deu lugar a um conjunto de preocupações por diversas implicações ao nível das políticas públicas, pressionando os orçamentos públicos e os sistemas fiscais, com comprometimentos passíveis de estudar pelas Ciências Sociais ao nível da saúde, ambiente, família, comunidade, solidariedade social e óticas de ação ao nível da cidadania. Pela aceleração do fenómeno e dificuldades na inversão da tendência demográfica, o envelhecimento demográfico é capaz de ameaçar as configurações institucionais da maioria dos Estados modernos, projetados para volumes absolutos e relativos de idosos na população, substancialmente inferiores aos que marcam hoje essas mesmas nações (Lopes & Lemos, 2012).

A situação problemática, que resulta do envelhecimento no topo, força a que os protagonistas da intervenção pública se debatam com a urgência de encontrar soluções e instrumentos adequados às exigências agravadas pela crescente sobrevivência das gerações mais velhas. Contudo, além de se constituir como desafio, o cenário demográfico envelhecido poderá representar oportunidades de intervenção (Bloom, Canning & Finl, 2008; Hendry, Williams & Wilkinson, 2008). Há um vasto campo de atuação que assume uma posição saliente perante as prioridades de implicações sociais, individuais e políticas, em termos de desenvolvimento de serviços determinados pelas necessidades dos mais velhos, exigindo atenções especiais em termos de saúde física e psicológica, evitando ou aliviando as experiências de morbilidade. Quer isto dizer que é da responsabilidade individual e das organizações da comunidade desenvolver e adequar as suas medidas, recursos e dispositivos, no sentido de ajudar as pessoas a envelhecer com bem-estar, para que possam continuar a contribuir para as sociedades.

Ao nível político, é necessário reconstituir mecanismos da solidariedade intergeracional e responder aos desafios emergentes com o envelhecimento (Capucha, 2012). Enaltece-se o potencial das estratégias promotoras de saúde e bem-estar ao longo da vida, justificadas pela vulnerabilidade acrescida a défices funcionais ou cognitivos. Urgem igualmente medidas que proporcionem segurança económica na velhice, mantenham a solidariedade entre gerações, combatam a exclusão social e providenciem a cidadania nas idades mais avançadas (Walker, 2002a). Ao mesmo tempo, os direitos públicos como as pensões de velhice e os cuidados de saúde continuam a ser muito populares e os atores políticos temem as consequências negativas

das políticas de contenção, contribuindo para a imobilização do Estado (Green-Pedersen & Haverland, 2002).

Não foram encontradas, ainda, formas satisfatórias e adequadas para enfrentar as dificuldades que decorrem do aumento de situações problemáticas e, de algum modo, o adensar das dúvidas existenciais e filosóficas que decorrem do crescimento da longevidade humana (Fernandes, 2014). Em Portugal, a tendência de resposta ao envelhecimento tem passado pela criação de instituições, com prioridade para as respostas residenciais. Segundo o relatório da Carta Social (2014), em Portugal, de 2000 para 2014 verifica-se um crescimento das respostas sociais para as pessoas idosas. Os centros de dia aumentaram 33%, as estruturas residenciais para as pessoas idosas (ERPI) 59% e os serviços de apoio domiciliário (SAD) 68%. Apesar dos SAD constituírem a resposta de maior incremento, a taxa de utilização foi a que mais diminuiu (73,9% em 2014) enquanto nas ERPI se manteve acima dos 90%, continuando a ser a resposta com maior procura.

No entanto, a maioria das pessoas valoriza a sua independência e prefere continuar a viver na sua própria casa. Em 2011, 1,7% dos idosos na UE com idade 65-84 e 12,6% dos 85+ vivia em agregados familiares. Apenas 14,8% das mulheres 85+ e 7,6% dos homens 85+ estava institucionalizado (Eurostat, 2016). É por estes motivos que as recomendações europeias apontam para o desenvolvimento de estratégias que permitam aos mais velhos permanecer autónomos e viver mais tempo nas suas casas, transformando as medidas de cuidados em respostas às necessidades (Eurostat, 2012). Neste vetor de orientações e intervenções ganham relevância as políticas que promovem um envelhecimento das pessoas nas suas próprias casas e comunidades, o maior tempo possível, garantindo as condições e os serviços necessários. Questionamo-nos, portanto, acerca da discrepância de dados relativos aos desejos da população mais velha (envelhecer na sua casa) e a taxa de utilização das respostas (maior procura das unidades residenciais). Neste domínio, convoca-se uma análise aprofundada das características das respostas, discutidas sob o ponto de vista das características da população mais velha.

A continuação e o agravamento dos desafios do envelhecimento demográfico instalam-se, em particular, ao nível das políticas locais direcionadas para os mais velhos. Reforça-se a urgência de uma melhoria de respostas ao nível das comunidades, no sentido de adaptação a uma realidade cada vez mais diversificada. Urgem intervenções que implementem programas rápidos e eficazes, capazes de evitar ou atenuar o agravamento contínuo das ameaças que o envelhecimento coloca ao nível da vida da população, promovendo um bem-estar ao longo do

processo de envelhecimento. Os lugares onde se envelhece precisam adaptar-se à evolução das necessidades e preferências das pessoas, cuja responsabilidade cabe em primeiro lugar à família, às organizações locais e instituições sociais de solidariedade.

Da reflexão sobre todas estas implicações do envelhecimento populacional nasce a questão de partida da presente investigação:

Considerando o extraordinário aumento da longevidade humana, vivendo hoje mais anos e atingindo idades mais avançadas, de que forma poderemos adequar as estruturas sociais e os modos de pensar e agir para minimizar os impactos negativos do envelhecimento?

Partindo do problema principal, desenvolve-se um processo de questionamento com o intuito de compreender as especificidades da adaptação da sociedade ao processo de envelhecimento, considerando a sua pluralidade de atores e meios de intervenção, bem como as normas supranacionais orientadoras. Esta pretensão tem em consideração o facto da literatura em torno da temática não apresentar consenso de conceitos entre os diversos autores e definições, bem como em termos de características da sua aplicabilidade.

Considerando que o poder local desempenha um papel catalisador da governação e do desenvolvimento local, em virtude da sua proximidade aos cidadãos e da sua capacidade de mobilização dos atores, dotado de competências e recursos (Feio & Chorincas, 2009), propomos responder a questões mais específicas de intervenção na comunidade local:

Que papel podem ter as organizações locais⁵ na promoção e criação das condições para a bem-estar das populações ao longo do processo de envelhecimento?

De que forma as organizações locais promovem e criam as condições para um envelhecimento com bem-estar?

Como podemos melhorar as condições em que decorre o envelhecimento na comunidade?

Procuramos contribuir para compreender e adequar as políticas e recursos dirigidos ao envelhecimento da população num contexto de intervenção privilegiada que consiste na ação local. Desafiando a perspetiva integradora do envelhecimento, reconhecemos igualmente a

⁵ Câmara Municipal, IPSS's, Centros de Saúde, Associações e Coletividades, Farmácias, Escolas, etc.

importância do contexto de ação e da pluralidade de vivências dos atuais beneficiários dos programas na identificação e análise das estratégias de resposta, procurando conhecer:

De que forma as pessoas ao longo do seu processo de envelhecimento enfrentam as dificuldades decorrentes do envelhecimento?

Como organizam a sua vida, o que fazem e como superam as suas necessidades?

Estas questões encontram relevância do ponto de vista das necessidades de investigação, perante a literatura que recomenda a importância de considerar as visões das partes interessadas na conceção e implementação de políticas públicas, neste caso, dirigidas ao envelhecimento (Bowling, 2008; Hansen-Kyle, 2005; Phelan, Anderson, LaCroix & Larson, 2004). Entramos, assim, num plano alargado onde importa realçar que a heterogeneidade aumenta à medida que a idade avança, remetendo para uma enorme diversidade de formas de ser ativo na sociedade. Interessa-nos abranger grupos populacionais que realizam a sua participação na sociedade de diferentes maneiras, incluindo os que exercem as suas práticas autonomamente. Esperamos ainda inferir fatores de (não) adesão aos recursos locais existentes, bem como de (in)satisfação da população.

Apesar da evidência existente, das recomendações transnacionais, da consciência pública crescente relativa ao envelhecimento populacional e das consequências inerentes se terem vindo a afirmar na sociedade há mais de uma década, não há referência a um aumento correspondente em termos de acompanhamento e evolução de medidas e estratégias políticas locais. Posto isto, lançamo-nos num trabalho de investigação com a intuição de que:

O envelhecimento demográfico é de tal forma desafiador em termos de aumento da proporção de pessoas mais velhas e prolongamento do tempo de vida, com exigências de cuidados sociais e de saúde, bem como de manutenção da produtividade dos velhos na sociedade; que as respostas das organizações locais, na sua generalidade, podem apresentar dificuldades em satisfazer adequadamente todas as necessidades emergentes e não corresponder plenamente às aspirações da população mais velha, por contingências económicas, políticas, de (in)disponibilidade ou (in)adequação de recursos.

Em Portugal, a maioria dos recursos existentes ao nível da comunidade pode não estar a ser totalmente orientada de acordo com as direções das entidades supranacionais. Também as organizações podem não estar a criar todas as condições necessárias à prática de um

envelhecimento saudável e ativo pela população. As medidas de resposta exigem inovação organizacional e institucional, bem como o envolvimento das instâncias de investigação (Bárrios & Fernandes, 2015). Por estes motivos, as comunidades precisam de ser orientadas quanto à otimização de recursos e implementação de programas que correspondam às exigências populacionais, de acordo com as orientações internacionais e resultados das investigações já conhecidas.

Consideramos que podemos confrontar-nos com dois tipos de realidades não concordantes. Se a nossa intuição for validada, os dispositivos locais criados para proporcionarem um “envelhecimento ativo” não satisfazem as necessidades e aspirações da população 65+. Por outro lado, se os dispositivos existentes corresponderem às necessidades e aspirações das pessoas mais velhas, significará que é a população mais velha quem não otimiza os recursos disponíveis na conquista de um envelhecimento com bem-estar.

Partindo deste conjunto de questões problemáticas e do *argument* enunciado, estamos em condições de formular o objetivo geral desta pesquisa, que consiste em: *identificar e analisar estratégias e orientações políticas de apoio ao envelhecimento, tendo em conta as características e as necessidades da população mais velha, no sentido de informar e adequar as políticas sociais e responder de forma inovadora às exigências e desafios das sociedades maduras contemporâneas.*

Enveredamos para a especificidade do papel da comunidade nas respostas ao envelhecimento. Propomo-nos conhecer qual o impacto das alterações dramáticas do perfil demográfico da população, no contexto dos programas autárquicos. Nesta altura, é já possível reconhecer que a investigação assenta no envelhecimento populacional como problema social, situado no campo analítico das políticas públicas, em particular da Política Social, numa abordagem que privilegia as ações locais.

CAPÍTULO 2 – ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO E POLÍTICAS PÚBLICAS

Depois de percorrer os principais aspetos de avaliação e impactos do fenómeno do envelhecimento populacional nas sociedades contemporâneas, neste segundo capítulo propomos-nos elaborar uma revisão sistemática da literatura, no sentido de conhecer de que forma o problema em causa se reflete nas políticas públicas.

Começaremos por entender a sua constituição como problema social, prosseguindo com o desenvolvimento das respostas e políticas ao nível dos Estados europeus. Falamos da emergência e evolução do *Welfare State* na Europa, cuja expressão gera algumas controvérsias na sua tradução, alternativamente entendida como “Estado-providência”, “Estado Social” ou “Estado de bem-estar”. Com base nas leituras, nesta investigação seguiremos a nomenclatura de Estado-providência. Focar-nos-emos, de seguida nas especificidades e evolução das políticas dirigidas ao envelhecimento no contexto do Estado português, que evidenciam características e contingências.

Embora as políticas dirigidas ao envelhecimento emergissem da atuação do Estado, a multiplicidade de questões que envolvem e os impactos que produz na sociedade a vários níveis de reflexão e intervenção, permitem a identificação de uma pluralidade de atores chave. Como esclareceremos a determinada altura deste capítulo, a própria evolução sociopolítica leva a que sejam chamados à responsabilidade diversos atores na criação de políticas integradas, através de ações dirigidas ao envelhecimento populacional. Reconhecemos, então, não só o papel do Estado mas como também de outras organizações: internacionais, locais e privadas/semi-privadas (Zito, 2005), exercendo o poder em forma de parcerias, que mostram fronteiras cada vez mas ténues entre os governos, o setor privado e a sociedade civil (Meehan, 2003).

2.1. UM PROBLEMA SOCIAL FACE À DEMOGRAFIA

A pesquisa situa-se no veio conceptual das Políticas Públicas que têm a montante o envelhecimento como problema social, especificamente encerradas na Política Social.

Neste itinerário começaremos por clarificar o conceito de “política”. A origem desta palavra varia nos diferentes léxicos. Para os franceses refere-se a “politique” (*Publique Politique*), enquanto a literatura inglesa remete à combinação dos termos “polity” e “policy”. Por “polity” entende-se a política de dimensão ampla, que contempla todos os intervenientes e instituições que constituem o Estado. Constitui uma forma de poder do qual dependem as autoridades públicas (para agir) e as práticas na comunidade, a fim de evitar conflitos e impor regras de vida comuns. Já o termo “policy” remete para a ideia de um conjunto de ações e não-ações, com base num julgamento racional, tratando-se de programas de ação de um ator individual ou coletivo. Este ator pode ser *i)* político, se falarmos por exemplo da política social do governo ou política cultural de uma autoridade local, ou *ii)* não-político, se nos referirmos por exemplo a uma política comercial de uma empresa ou política oficial dentro de uma instituição (Hassenteufel, 2008).

Perante a ambiguidade do conceito de público, alguns autores circunscrevem-no ao setor público e atores oficiais, enquanto outras visões o relacionam com um domínio coletivo que exige uma ação comum (Parsons, 1995; Peters & Pierre, 2006; Mota, 2010). De uma maneira geral, podemos considerar público tudo o que pertence à esfera do Estado, que se opõe à esfera privada. Em termos jurídicos, uma autoridade é pública quando envolve o poder do Estado sobre os cidadãos localizados numa determinaria área onde as decisões estão vinculadas. As autoridades públicas constituem, assim, o Governo, os Ministérios, as Administrações, as Coletividades Territoriais e as Agências de Direito Público (Hassenteufel, 2008).

Em termos de definição de Política Pública, a literatura também não é consensual. A definição mais conhecida pertence a Laswell, em 1936, correspondendo a “decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz”. Contudo, podem referir-se outras como: *i)* campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas, de Mead em 1995; *ii)* soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos, de Peters, em 1986; *iii)* o que o governo escolhe fazer ou não fazer, de Dye, em 1984; e *iv)* conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos de Lynn, em 1980 (Souza, 2006). As distintas definições enfatizam o papel da política pública na solução de problemas, criticadas por *i)* ignorarem a essência da política pública posicionada nas ideias e interesses; *ii)* se concentrarem no papel do governo, decorando o aspeto conflituoso e os limites que cercam as decisões dos governos; *iii)* deixarem também de fora as possibilidades de cooperação entre os governos, as instituições e os grupos sociais. Apesar das várias definições

optarem por abordagens diferentes, todas assumem no geral uma visão holística que tem em conta a importância dos indivíduos, instituições, interações, ideologia e interesses (Souza, 2006). Considerando esta diversidade de definições de Política Pública, Thoenig (1985:6, cit por Hassenteufel, 2008) refere que “prende-se na forma de programa específico de ação de uma ou mais autoridades públicas ou governamentais”, podendo entendê-la como o conjunto de ações das autoridades estatais que produzem efeitos específicos. O seu foco principal é a identificação do tipo de problema que visa corrigir, a chegada desse problema ao sistema político e à sociedade política e as instituições que irão moldar a sua decisão e implementação (Lynn, 1980, cit. por Souza, 2006).

Já a Política Social encontra o seu lugar na vertente social do Estado e a sua definição associa a relação com outros subsistemas de intervenção para cumprir objetivos de resolução de problemas sociais (Silva, 2006). Pode definir-se como “um sistema de políticas públicas que procura concretizar as funções económicas e sociais do Estado, com o objetivo de promover a coesão social e a condução coletiva para melhores patamares de qualidade de vida” (Carmo, 2011:40). O mesmo autor acrescenta que podemos entender a política social: *i*) como conjunto de políticas públicas com finalidades sociais ou *ii*) como disciplina no contexto das ciências sociais. Fundamentada na Ciência Política, na Economia e na Sociologia, a Política Social coloca-se, assim, como um subsistema de intervenção social em que o interventor é a Administração Pública, o Estado ou uma entidade supra estatal, traduzindo-se em Políticas Públicas de qualificação de recursos humanos, trabalho e emprego, segurança social e saúde, habitação, entre outros (Carmo, 2011).

A expressão Políticas Públicas tem por base noções fundamentais relativas ao estudo da ação do Estado, interrogando-se sobre porquê, como e quais os efeitos da ação do Estado, sobre o que as autoridades estatais poderiam fazer, correspondendo a tudo o que os governos decidem fazer ou não fazer (Dye, 1998, cit. por Hassenteufel, 2008). Surgiu, portanto, como subárea da Ciência Política, resultante dos trabalhos baseados nas teorias explicativas do papel do Estado como produtor de excelência de políticas públicas. No entanto, do ponto de vista teórico-conceptual, a Política Pública em geral e a Política Social em particular são campos multidisciplinares que implicam uma síntese de teorias construídas pela Sociologia, Ciência Política e Economia, tornando-se um território de várias disciplinas, teorias e modelos analíticos (Souza, 2006). Relativamente a este carácter profundamente multidisciplinar da análise das Políticas Públicas, também Hassenteufel (2008) refere que se trata de um problema da Economia, Gestão e análise das organizações, antes de ser integrado na Sociologia e na Ciência

Política, sendo um objeto comum às Ciências Sociais, através de uma combinação de métodos e problemas técnicos de um vasto campo de abordagens e disciplinas. A natureza multifacetada da problemática, pela multiplicidade de dimensões afetadas, requer, assim, a integração e flexibilidade de ângulos científicos. Uma perspectiva que integre a abordagem Sociológica do problema social da velhice e do envelhecimento e a abordagem da Ciência Política serão, em conjunto, preferenciais, no sentido de dirigir a investigação para o campo da Política Social numa articulação equilibrada das duas áreas científicas.

Howlett e Ramesh (2003) apresentam a política pública como um processo contínuo de decisões, por ação ou omissão, tomadas por órgãos públicos, ou outros por eles empossados. É expressa em textos (leis, regras, regulamentos, entre outros), práticas, símbolos e discursos, que refletem o resultado da conjugação de perspectivas que diversos atores têm relativamente a um problema societal (real, ou que seja expectável que venha a surgir). Com efeito, e com a finalidade de produzir impactos na vida dos cidadãos, a política deverá especificar grupos-alvo e meios (humanos, financeiros, logísticos, organizacionais, etc.) que deverão ser alocados, bem como o tipo e conteúdo da provisão (Howlett & Ramesh, 2003). Todas as Políticas Públicas têm como principais componentes os fundamentos, em termos de finalidade e motivo de existência, os instrumentos de ação que permitem aos atores agir, e ainda o público, onde a ação exerce os seus efeitos. Uma Política pública visa atingir um público-alvo (nem sempre claramente identificado) e pressupõe a existência de um ou mais problemas a montante para resolver (Hassenteufel, 2008).

Considera-se problema social quando existe um número significativo de pessoas envolvidas, um julgamento negativo feito sobre a situação identificada como problema e a consciência social existente sobre a necessidade de mudar (Carmo, 2011). Assim, um problema torna-se público a partir do momento que é objeto de atenção por parte de uma ou mais autoridades públicas o que, muitas vezes, supõe a existência de um debate público. Pode definir-se problema público todo o problema cuja resolução implica várias pessoas, considerando que todos os problemas que não podem ser resolvidos individualmente são potencialmente públicos (Jones, 1970, cit. por Hassenteufel, 2008). No entanto, para Hassenteufel (2008), para que um problema se torne verdadeiramente público tem de ser tido em conta pelas autoridades públicas. Ora, nenhum problema é intrinsecamente público devido a propriedades específicas pois não existem objetivos lineares e mensuráveis a partir dos quais o problema é sujeito a preocupações comuns e alguns problemas são considerados públicos em determinados períodos e não noutros.

Porém, para que um problema se torne público não é suficiente que os atores se mobilizem mas é também preciso que seja introduzido na agenda pública. Por estes motivos, reconhece-se que os problemas podem ser mediáticos, de expressão coletiva e institucionais (Hilgartner & Bosk, 1988, cit. por Hassenteufel, 2008). Os problemas lutam, assim, por um lugar nas arenas públicas, existindo determinadas propriedades que facilitam este processo tais como: *i)* intensidade dramática do problema; *ii)* legitimidade científica; *iii)* apoio no seio da arena pública (atores políticos, económicos, personalidades científicas, jornalistas, intelectuais, autoridades morais e religiosas, personalidades do cinema, música, desporto...) e *iv)* acesso às arenas públicas e receptividade da opinião pública ao problema e aos valores dominantes (Hassenteufel, 2008).

Ainda no que concerne à definição de um problema social, estão envolvidas quatro dimensões: *reconhecimento*, *legitimação*, *pressão* e *expressão* (Lenoir, 1998, cit. por Silva, 2006). O *reconhecimento* implica a existência de grupos socialmente organizados por um interesse e objetivo comuns, capazes de produzir uma nova categoria de perceção do mundo social e um novo campo de ação. A *legitimação* pressupõe o trabalho de enunciação e formulação pública do problema social com vista a ser integrado nas preocupações dos atores sociais e políticos. Os seus discursos e ações ocupam-se da formulação de soluções por eles consideradas adequadas e legítimas, concretizadas em políticas sociais. É um processo de consagração estatal que reconhece publicamente determinados problemas que afetam a vida privada das pessoas através de instrumentos legais, de equipamentos sociais e de transferências económicas que servem de meio para resolver esses problemas. As formas de *pressão* são protagonizadas por grupos de interesses que se assumem como representantes das pessoas que comungam um mesmo problema. Nessa qualidade, atuam de forma a pressionar os atores políticos e sociais a intervirem na resolução dos problemas enunciados. No caso concreto da categoria velhice, essa representatividade por atores sociais, sejam políticos, organizações sindicais ou associações voluntárias organizadas, cuja competência é oficialmente reconhecida, torna-se mais pertinente dado que as pessoas na categoria de “velhas” não dispõem, tradicionalmente, de meios sociais nem de instrumentos de acesso à opinião pública. Neste caso específico, a *expressão* é conseguida através dos especialistas em gerontologia, reinventando as definições de velhice e de envelhecimento reformulando a sua imagem com novas expressões significantes e significativas do problema social (Debert, 2000).

A tarefa sociológica de análise de um problema social é a de recensear os espaços, os tempos e os contextos em que foram elaboradas as políticas que o suportam, a que estão associadas as características profissionais dos especialistas e as representações sociais construídas em torno da sua especialização. Bourdieu (1998, cit. por Silva, 2006) refere-se às evidências resultantes de uma inculcação simbólica que se impõe através do poder, desprovidas de qualquer alternativa. A investigação tem, assim, a função de analisar a produção e a circulação desses discursos. No domínio da política social, as pesquisas sobre a velhice têm incidido, essencialmente, na perspetiva do grupo como problema social, encarado em função das suas possibilidades e direitos “providencializados” (Silva, 2006).

De acordo com a conceção *objetivista*, a análise dos problemas públicos centra-se sobre o papel dos atores que efetivamente contribuem para a sua construção. Tratava-se de uma visão positivista dos problemas com origem nas reformas sociais do final do séc. XIX e que parte da ideia que os problemas são objetivos e diretamente mensuráveis através da utilização de ferramentas científicas. Esta abordagem *funcionalista* estabelece uma estreita ligação entre os problemas sociais e a disfunção na sociedade. Nesta perspetiva, os problemas podem ser claramente identificados pelos seus efeitos no funcionamento social, tal como as suas causas (Hassenteufel, 2008). A partir dos anos 1940 esta conceção é criticada por vários autores como Fuller e Dyers, em 1941, que se referem à dupla dimensão do problema social: objetiva e subjetiva, sendo esta última relativa ao contexto cultural e aos valores dominantes. Howard Becker (1966) contribuiu para desenvolver a perspetiva *construtivista* dos problemas sociais a partir da ideia central de que para se compreenderem completamente devemos saber como se tornou público. Esta perspetiva foi depois desenvolvida por Herbert Blumler (1971) em termos de diferentes etapas da formação de um problema como produto de um comportamento coletivo e reformulada por Specker e Kitsure (1977) sobre o facto da definição de problemas operar num quadro de progresso reivindicativo, independentemente dos objetivos, sublinhando o papel dos meios de comunicação em todo o processo. Desta forma, na abordagem construtivista é tido em consideração o papel dos atores sociais na definição de problemas, sendo a mobilização dos atores sociais que torna os problemas públicos (Hassenteufel, 2008).

Perante a frequência e relevância dada pelos debates e reflexões públicas, o envelhecimento populacional e a complexidade dos problemas associados tem vindo a adquirir importância temática na investigação científica e nos debates que alimentam as agendas políticas. Segundo Carmo (2011) faz parte dos problemas sociais de natureza de desorganização social, por, como

veremos mais adiante, resultar de deficiências de um dado sistema social, traduzidas na falta de recursos para fazer face às necessidades sociais.

Até ao século XIX a velhice era publicamente “invisível”. A solidariedade para com as gerações mais velhas era praticamente familiar, privada, remetida para o interior do espaço doméstico, assente nas trocas que se estabeleciam dentro do grupo familiar ou doméstico. Conceção criada por Guillemard (1980), a “velhice invisível” não tem forma definida, é característica de uma sociedade em que a condição de velho é património familiar. Na ausência da família, a velhice desprotegida era atirada para o espaço público, identificada com a mendicidade e invalidez e socorrida da mesma forma que estas pelas instituições de beneficência. Tratava-se, assim, de uma época em que a velhice surgia publicamente apenas as situações extremas, socialmente identificadas como pobreza (Fernandes, 1997).

Mas a passagem do século XIX para o XX, a par das alterações económicas e sociais profundas, coincide com a transição demográfica marcada no sentido de que se transita de altas taxas de mortalidade e natalidade para um equilíbrio da mortalidade de natalidade a nível muito baixo, proporcionando um aumento substancial da esperança de vida. Simultaneamente, acentua-se um declínio da fecundidade que produz um envelhecimento gradual da população através do aumento do número de pessoas com 65 e mais anos e da tendência para viverem mais tempo (Fernandes, 1997). Nos países desenvolvidos, ao longo da transição demográfica, o declínio da mortalidade provocou um aumento da esperança de vida em todas as idades; só posteriormente o declínio da natalidade/fecundidade veio acentuar o envelhecimento, na medida em que as proporções de jovens foram sempre diminuindo e as proporções de idosos não pararam de aumentar (Fernandes, 2016).

Apesar de a velhice representar a fase da vida em que as capacidades e resistências fisiológicas diminuem gradualmente, o aumento da proporção de pessoas velhas podia não constituir um problema por si só. Embora em certas situações de maior precaridade económica os velhos possam representar uma sobrecarga, devemos considerar a diversidade de estruturas familiares e, nas sociedades ocidentais europeias, a redução da capacidade produtiva do idoso era diluída no conjunto das trocas efetuadas no espaço doméstico (Fernandes, 1997).

Nessa altura (início do século XX), o problema social da velhice colocava-se, então, associado à miséria em que se encontravam os operários de idade avançada, que por razões fisiológicas de perda de capacidades lhes reduzia as potencialidades para o trabalho e, consequentemente,

os afastava da produção. A falta de meios de subsistência próprios ou de auxílio familiar promovia situações de pobreza extrema (Fernandes, 1997). O envelhecimento rompia, assim, com o estatuto de problema restrito da esfera privada e familiar. As questões eram colocadas ao nível da classe operária no sentido se perceber quem assumiria a responsabilidade social desses indivíduos.

O fenómeno de envelhecimento legitima-se como problema social e a evolução das relações entre gerações, assim como a produção e institucionalização de medidas especificamente orientadas para o apoio à velhice, passam a designar-se por “políticas de velhice” (Fernandes, 1997). Fernandes (1997:22-23) define política social de velhice como: “o conjunto de intervenções públicas que estruturam, de forma explícita ou implícita, as relações entre a velhice e a sociedade”. Vários referenciais teóricos procuram explicar a emergência destas políticas, que advém da construção do problema social do envelhecimento e supõe a consciência de intervenção social de apoio à população mais velha. Objetivam intervir publicamente no sentido de contrariar as tendências nefastas das gerações mais velhas (isolamento, solidão e carências), afastadas dos circuitos de produção, da família e contando apenas com a solidariedade pública. Na literatura francesa, autores da sociologia como Remi Lenoir consideram que a sua génese das políticas de envelhecimento está ligada ao surgimento das reformas que resulta da necessidade de, por um lado, rejeitar os que perdem a força para trabalhar e, por outro, evitar a generalização de situações de pobreza extrema e abandono familiar dos operários que atingiam determinada idade e perdiam capacidades (Lenoir, 1979; Fernandes, 1997).

Contudo, embora o problema social do envelhecimento já se tivesse colocado outrora (no início do séc. XX) ao nível da emergência de assalariamentos, é, sobretudo, a partir de meados do séc. XX, já no período pós II Guerra Mundial, que o envelhecimento surge na agenda pública, ganhando visibilidade como problema social (Fernandes, 1997). Nesta altura, nos países desenvolvidos, ocorre uma reconfiguração do ciclo de vida em: *i*) educação, *ii*) trabalho e *iii*) reforma e a transição entre estes dois últimos torna-se o elemento mais importante, que esclarece uma distinção entre trabalho e remuneração. Esta nova configuração é sustentada pelo Estado através de serviços sociais e de saúde. Não desvalorizando o papel da família na prestação de cuidados aos mais velhos, o surgimento dos sistemas de pensões foi a questão primordial (Phillipson, 2013).

Ao longo do séc. XX surgem, então, os sistemas de reforma e, de modo mais amplo, de segurança, em todos os países industrializados. Trata-se, essencialmente, da transferência do encargo das gerações mais velhas em termos de custos e obrigações, da família ou instâncias privadas, para mecanismos despersonalizados e burocratizados dos processos de redistribuição, em que as relações entre os agentes se operam de forma anónima, ignorando mutuamente as suas exigências. Na verdade, a solidariedade entre gerações ficou comprometida com as transformações sociais desencadeadas ao longo do séc. XX e a “desfamiliarização” das relações familiares nas sociedades ocidentais (desmoronamento das bases sociais em que assentava o familismo tradicional) interferiu na forma como se relacionam pais e filhos e se transmite o património. Assim, a institucionalização dos sistemas de reformas constituiu o primeiro passo para a autonomia económica dos mais velhos e a emergência da velhice enquanto problema social (Fernandes, 1997). Os sistemas de pensões trouxeram, assim, a institucionalização do encargo social com os mais velhos, em que a sociedade se substitui aos filhos. O que era anteriormente um problema individual e privado dentro da esfera familiar escapa para o exterior para ser assumido como problema público, que precisa de resolução coletiva. Tal obrigou a um trabalho de mobilização que pressupõe a existência de grupos interessados em produzir uma nova categoria de perceção do mundo social, e entre estes agentes intervenientes está o Estado, como instância legítima de resolução de problemas públicos (Fernandes, 1997).

Mas o surgimento dos sistemas de pensões, que marcam o início das políticas públicas direcionadas para o envelhecimento, têm origem na evolução de competências sociais do Estado. Segundo Mozzicafreddo (1997), para se precisar o papel do Estado na sociedade, interessa discutir a estrutura e funções do Estado-providência, no que concerne à adequação de funções sociais e económicas. No ponto seguinte será, então, assinalada a caracterização do Estado-providência na Europa, progredindo de forma ligeira para as consequências e contingências.

Antes de prosseguirmos, convém esclarecermos algumas opções conceptuais. Com o aumento da longevidade, a velhice alterou-se significativamente, perdendo a sua dimensão uniforme com a reconfiguração do ciclo de vida. A idade da velhice, em que surgem situações de incapacidade, pondo em risco a autonomia dos indivíduos, é adiada. Ainda que a velhice, como categoria social, permaneça institucionalmente ligada à idade da reforma, não considera as transformações sociodemográficas e o estatuto de reformado difere de ser velho, pois o alongamento do tempo de vida tornou os reformados mais numerosos e heterogéneos. Por estes

motivos, apesar de terem surgido como “políticas de velhice”, nesta pesquisa falaremos de “políticas dirigidas ao envelhecimento”. Quer isto dizer que nos referimos a políticas numa perspectiva de curso de vida, encarando o envelhecimento como um processo contínuo que defronta uma heterogeneidade de trajetórias e condições socioeconómicas.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DIRIGIDAS AO ENVELHECIMENTO

Na opinião de Flora e Alber (1984, cit. por Mozzicafreddo, 1997), o desenvolvimento do Estado-providência constitui um dos principais fenómenos de modernização que aparece com a sociedade industrial. Surge como produto *i)* da diferenciação, desenvolvimento e extensão das sociedades; *ii)* da mobilização social e política; *iii)* do desenvolvimento constitucional do Estado, através da universalização do sufrágio, do controlo sobre o tipo de estratificação, classes sociais e relações sociais. Para Pierre Rosanvallon (1981), o *Welfare-State* seria fruto de uma ampliação progressiva, de um *Estado-protetor*, com o desenvolvimento de direitos civis, políticos e sociais.

Definido como “um Estado onde o poder organizado é deliberadamente usado para modificar o funcionamento dos mercados em, pelo menos, três direções: *i)* garantir aos indivíduos e às famílias um rendimento mínimo independente do valor mercantil da sua riqueza, *ii)* reduzir a insegurança pessoal permitindo aos indivíduos e às famílias enfrentar certas contingências sociais (ex: doença, velhice e desemprego) e *iii)* assegurar a todos os indivíduos, sem distinção de estatuto ou classe, a maior disponibilidade possível de serviços sociais”; o Estado-providência objetiva: *i)* gerir os riscos sociais, *ii)* redistribuir os recursos, e *iii)* fornecer serviços sociais (Briggs, 1961, cit. por Pereirinha, 2008).

As primeiras medidas de política de proteção social que caracterizam o Estado-providência surgiram na Alemanha, entre as décadas de 1870 e 1880, devidas à legislação de Bismark. A progressiva industrialização do país, as exigências crescentes do movimento operário devido à situação de risco em que se encontravam os trabalhadores da indústria, e a pressão de grupos académicos e políticos, levaram o governo de Bismark a desenvolver uma política social com a criação das prestações de seguro obrigatório relativamente a alguns riscos sociais, numa altura em que os sistemas de proteção eram meramente mutualistas. Estes esquemas de proteção social consistiram em acidentes de trabalho (1884), seguros de doença (1883) (obrigatórios para os operários da indústria mais desfavorecidos em termos de rendimentos), e seguro de velhice-

invalidez, que institui o primeiro sistema obrigatório de reformas. Em datas próximas, embora sem influência alemã, também os países escandinavos, em particular a Dinamarca, criaram políticas de proteção contra riscos sociais (Carmo, 2011; Mozzicafreddo, 1997; Pereirinha, 2008). Foram sistemas pioneiros enquanto forma de redução das incertezas sociais, sendo igualmente o resultado de práticas políticas que visavam compensar as disfuncionalidades do mercado (Mozzicafreddo, 1997)

No entanto, Estado-providência provém da tradução de “*welfare state*”, um termo surgido na Inglaterra após o período de “*warfare*” vivido na época nazi. Falamos de uma inovação na política social britânica surgida nos anos 1940s com a aprovação das medidas propostas por William Beveridge no relatório “*Social Insurance and Allied Services*” de 1942 (Pereirinha, 2008). É neste relatório que são lançadas as bases dos sistemas de segurança social assentando em 4 princípios; *i*) universalidade, sendo a proteção social abrangente a toda a população, independentemente do rendimento e situação face ao emprego; *ii*) unicidade, pelo qual uma única quotização cobriria todos os riscos de privação de rendimento; *iii*) uniformidade das prestações, independentemente do rendimento; *iv*) centralização, através de um sistema único de proteção social para todo o país (Carmo, 2011). Beveridge pretendeu, desta forma, criar um conjunto de medidas de reconstrução pós II Guerra Mundial, efetuando mudanças revolucionárias. Considera a segurança social como apenas uma parte de um conjunto de políticas, referindo-se a uma sociedade organizada para lutar contra a miséria, perante a necessidade de uma política social igualmente dirigida para a doença, ignorância, sordidez e ociosidade. Defende ainda que a segurança social deve assentar a cooperação entre o Estado e o indivíduo, em que o Estado organiza a segurança e assegura um rendimento mínimo para o indivíduo se manter acima do nível da miséria (Pereirinha, 2008). Mozzicafreddo (1997) considera que este sistema inglês era baseado numa lógica nacional, implicando novas conceções de risco e incerteza, com o objetivo de libertar o indivíduo da necessidade, garantindo segurança económica.

Para explicar a emergência dos Estados-providência surgem diversas orientações teóricas. No âmbito do pensamento funcionalista as *teorias do industrialismo* argumentam que a industrialização e a urbanização, com o aumento da mão-de-obra assalariada e a aparição de novas vulnerabilidades, exigiram que o Estado assumisse o bem-estar dos trabalhadores, provocando um crescimento da despesa em áreas sociais. Relacionado com o crescimento e progresso económico, o envelhecimento da população, associado ao aumento da esperança de

vida, é aqui salientado pelas necessidades que dele decorrem em termos de provisão de serviços sociais. Tanto o crescimento como as diferenças transnacionais do Estado-providência seriam, assim, explicados pela industrialização e consequências demográficas (Huber & Stephens, 2005; Pereirinha, 2008). Num outro ponto de vista relacionado, a *lógica do capitalismo* explica as instituições do Estado-providência como imperativos do estado capitalista para criar condições de acumulação do capital. Por sua vez, oposta às visões funcionalistas, a perspectiva teórica “*power resources approach*” encara as variáveis económicas e demográficas não como fatores explicativos do surgimento das instituições de Estado-providência mas como variáveis do contexto que afetam as condições, oportunidades e restrições aos atores políticos (Pereirinha, 2008), baseando-se na premissa que a política do Estado é fortemente moldada pela distribuição do poder na sociedade civil e no governo (Huber & Stephens, 2005).

Devido aos processos avançados de difusão das medidas de desenvolvimento dos Estados-providência, as instituições que o caracterizam propagaram-se, generalizadamente, em todo o mundo ocidental, ainda que assumindo níveis e modalidades distintas de intervenção. Depreendemos, assim, que os Estados Sociais que hoje caracterizam o modelo social europeu são o resultado de processos de difusão de medidas após a II Guerra Mundial, lembrando que estas primeiras medidas tomadas, de natureza de seguro, significaram um corte com o liberalismo, com as ideias e práticas liberais que remetiam para cada indivíduo a responsabilidade pela gestão dos seus interesses próprios (Pereirinha, 2008). Relativamente aos fatores que causaram esta expansão do Estado-providência ao longo do séc. XX, existem explicações em torno da corrente do *institucionalismo histórico* e de processos de *difusão* entre países.

Segundo a perspectiva de institucionalismo histórico, o comportamento dos atores políticos e dos grupos de interesse que dão conteúdo às estruturas do Estado-providência e à sua evolução são condicionados por restrições institucionais historicamente construídas. Uma abordagem associada ao conceito de *path dependency* que explica porque em certas circunstâncias poderá ser mais racional a utilização de tecnologias tradicionais em comparação com novas tecnologias, utilizado nos anos 1990s para compreender a eficiência da evolução das instituições não por alterações drásticas no seu funcionamento mas por pequenos ajustamentos ao longo do tempo; e retomada por Pierson (2000) segundo o qual os custos da mudança aumentam com o tempo em certos contextos sociais provocando um bloqueio por parte das instituições (Pereirinha, 2008). Para compreender estes mecanismos, Pfeau-Effinger (2004, cit.

por Pereirinha, 2008) apela à distinção da natureza específica das instituições e políticas do Estado-providência de cada país e do contexto social em que se enquadra (*welfare arrangement*) considerando igualmente as relações que se estabelecem mutuamente entre as políticas do Estado-providência e as dimensões culturais da sociedade (*welfare culture*).

No que respeita à perspectiva de *difusão* podemos entendê-la como a ideia de que o desenvolvimento dos Estados-providência se concretiza através de processos de disseminação entre países de políticas sociais já experimentadas em países destacados pela inovação política. Refere-se à imitação ou forte influência da legislação entre países, podendo identificar-se um padrão hierárquico, quando parte de um centro mais avançado onde a inovação tem lugar para unidades menos avançadas (ex.: países mais prósperos adotam políticas de segurança social inovadoras antes dos menos desenvolvidos) e um padrão espacial ou regional de difusão no espaço europeu (Pereirinha, 2008). Nesta difusão de orientações de política social desde o pós II Guerra Mundial podemos ainda salientar algumas organizações internacionais que desempenharam um papel importante, entre as quais a conferência da OIT em Filadélfia em 1944, iniciando a criação ao nível mundial dos sistemas de segurança social e o relatório *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth* do Banco Mundial, 1994 (Pereirinha, 2008).

As análises comparativas dos diferentes Estados, por procurarem entender a natureza dos problemas que confrontam a sustentabilidade da garantia dos direitos sociais, exibem forte interesse académico, político e social, e pertinência no contexto que pretendemos abordar. Mesmo que os países europeus estejam a enfrentar o fator comum do envelhecimento populacional, podem sentir de maneira diferente o seu efeito na provisão de bem-estar, consoante as características das instituições e princípios em que assenta o funcionamento do seu Estado-providência. No âmbito dos saberes relativos à comparação de regimes de bem-estar Esping-Andersen apresenta uma das contribuições mais importantes para a literatura com a sua proposta de diferentes tipologias de Estado-providência (Silva, 2002).

Considerando o Estado-providência um conjunto de construções sociais que resultam de uma evolução histórica, Esping-Andersen (1990) efetua uma análise baseada em critérios como a qualidade dos direitos segundo o conceito de *desmercadorização* de Karl Polany de 1944 que, entendido como “o grau segundo o qual aos indivíduos ou às famílias é possível manter um nível de vida socialmente aceitável, independentemente da participação no mercado”, permite analisar em que medida um serviço social ou uma transferência de recursos é atribuída como

um direito e pode manter e garantir a sua realização sem depender do mercado, no tipo de estratificação social que os diferentes Estados consagram como instituições fundamentais na estruturação de classe e ordem social (Pereirinha, 2008). A obra de Esping-Andersen (1990) está ainda atenta à relação entre os Estados e o Mercado e a Família, considerando que a repartição entre o setor público e o setor privado na proteção social constitui o contexto estrutural de *desmercadorização*, dos direitos sociais e da estratificação social (Pereirinha, 2008), tendo igualmente em conta o conceito de *cidadania social* de Marshall de 1950, os modelos ideais típicos de políticas sociais de Richard Titmuss de 1974 e a codificação de todos estes conceitos pela *power resources theory* (Silva, 2002). Através destas linhas de argumentação, Esping-Andersen aglomera os países em 3 modelos: *i*) o social-democrata (ou escandinavo), *ii*) o conservador-corporativo e *iii*) o liberal (ou anglo-saxónico).

i) O modelo social-democrata, referente à Dinamarca, Finlândia e Suécia, caracteriza-se pelo universalismo na cobertura e natureza dos benefícios sociais e elevado grau de *desmercadorização*, dominando princípios de estratificação social induzida, constituído por um conjunto de benefícios sociais universais, generosos e altamente redistributivos, não dependentes das contribuições individuais. A sua política social dirige-se à maximização das capacidades de independência individual, em particular o encorajamento da participação feminina no mercado de trabalho, em que a promoção do emprego aparece como condição de sustentação económica da solidariedade geral (Pereirinha, 2008) e reflete valores da solidariedade e equidade, devendo o Estado contrariar a força de mercado para os realizar (Huber & Stephens, 2005). A este modelo associam-se riscos como dificuldades de financiamento e de manutenção de níveis elevados de qualidade do serviço público, limites do emprego no setor público e erosão do ideal solidarístico subjacente. Para responder a estes riscos aposta na expansão dos serviços sociais com criação de emprego público, da participação feminina no mercado de trabalho, do trabalho em *part-time* e medidas ativas de inserção no mercado de trabalho (Silva, 2002).

ii) Característico do Reino Unido, Irlanda, EUA, Canadá e Austrália, o modelo liberal tem reduzido nível de *desmercadorização*, encorajando o funcionamento do mercado quer direta e ativamente por esquemas privados se Segurança Social quer indireta e passivamente através de *means-tested benefits* (Silva, 2002; Pereirinha, 2008), atribuindo importância ao setor privado relativamente às pensões e despesas de saúde (Silva, 2003).

Segue princípios de estratificação social, com uma estrutura dual da sociedade, sendo os programas sociais em geral pouco redistributivos (Pereirinha, 2008). Embora reflita valores de responsabilidade e eficiência individual e a visão de que o Estado deve trabalhar sobretudo com as forças do mercado para evitar a miséria (Huber & Stephens, 2005), associa-se a riscos de armadilhas de pobreza, aumento da desigualdade social e da pobreza, trabalhadores pouco qualificados e baixos salários, respondendo com uma desregulação do mercado de trabalho, flexibilidade salarial e redução dos salários mais baixos, erosão das prestações e redução da despesa social (Silva, 2002).

iii) O modelo conservador-corporativo, característico da Áustria, Bélgica, França, Alemanha, Holanda e Luxemburgo, incorpora regimes de proteção universalistas na cobertura mas exhibe a estratificação social pela forte diferenciação de classes, com benefícios baseados no estatuto socioprofissional e elevada proteção social dos funcionários públicos (Silva, 2002; Huber & Stephens, 2005; Pereirinha, 2008). Apresenta um nível moderado de *desmercadorização* e, também designado de sistema democrático cristão, é influenciado pela doutrina católica da harmonia e subsidiariedade, onde o Estado é responsável por manter as pessoas fora da pobreza sem alterar a ordem social, realizando apenas funções não realizadas pela família ou pela sociedade civil (Silva, 2003; Huber & Stephens, 2005; Pereirinha, 2008). Por estes motivos, a participação feminina no mercado de trabalho é desencorajada, preservando os estatutos familiares tradicionais do homem como principal fonte do sustento familiar (Pereirinha, 2008). Sujeita-se, assim, a riscos como a discriminação das mulheres, elevados encargos sociais com pensões e dificuldade em responder a níveis elevados de desemprego, apresentando como estratégias de resposta a indução da saída precoce do mercado de trabalho, o aumento da produtividade, a criação de prestações sociais e de reforma antecipada (Silva, 2002).

Não discutindo o interesse renovado em torno dos Estados-providência nas sociedades do capitalismo avançado que Esping-Andersen proporciona em *The Three Worlds of Welfare Capitalism* (1990), instrumento poderoso na promoção de hipóteses e compreensão das dinâmicas entre os regimes de bem-estar, o mercado de trabalho e os agregados familiares, o seu trabalho é sujeito a uma série de críticas. Uma destas críticas prende-se com os limites da *desmercadorização* e da perspetiva teórica de *power resources* pois, embora funcione nos países escandinavos, não se aplica em relação a outros. A utilização do conceito de

desmercadorização como indicador primordial para classificar os estados assenta, assim, numa perspetiva centrada na realidade escandinava onde o principal instrumento de garantia de bem-estar se associa aos mecanismos de substituição de rendimentos, negligenciando o papel das outras dimensões. Para compreendermos a produção do bem-estar nos países do capitalismo avançado há, então, que centrar a atenção não só na capacidade de *desmercadorização* do Estado-providência mas também na forma como este interage com o mercado de trabalho e os agregados familiares (Silva, 2002).

Associado ao conceito de *desmercadorização*, enquanto pré-requisito necessário à mobilização política, surgem também críticas que salientam a importância das questões do género para compreender as políticas sociais, na medida em o trabalhador a que se refere é o homem e a mobilização pode depender tanto do trabalho feminino doméstico e não assalariado como das políticas estatais (Silva, 2002). Ora, o género não é visto como uma dimensão na conceptualização dos regimes de Estados-providência de Esping-Andersen sendo crucial para entender o impacto das especificidades desses regimes (Huber & Stephens, 2005).

Outro ponto crítico apontado a Esping-Andersen situa-se no papel da família na garantia do bem-estar e, conseqüentemente, na configuração dos modelos, por encarar a família como uma questão sectorial na análise da produção do bem-estar, sendo ela uma dimensão essencial para a sua compreensão. Reconhecendo estas apreciações, o mesmo autor procura superá-las em 1999 procedendo a uma reanálise dos regimes de *welfare* onde considera de forma mais sistemática o papel da família na provisão do bem-estar e interação com o mercado. Trata-se de uma análise assente no conceito de *desfamiliarização* como complemento de *desmercadorização*, que capta o nível de obrigações na provisão de bem-estar que dependem da ação da própria família, considerando que um regime de *welfare* familiarista concede maior papel à família (Silva, 2002).

Prosseguindo com as críticas a Esping-Andersen, Pierson (2002) considera que o essencial da questão é saber se a distinção entre os regimes constitui uma alavanca para explicar variações importantes entre os casos relevantes. Questiona-se se os países em particular estão corretamente categorizados (Pierson, 2000), identificando-se limitações ao nível da compreensão das especificidades de cada país e critica-se o facto de o autor pensar que o quadro geral das características principais do modelo corporativo se adequa não só aos países do capitalismo avançado da Europa Continental como também aos países da Europa do Sul, assumindo que estes são versões pouco desenvolvidas dos países continentais (Silva, 2002).

Francis Castles (1995) veio referir que, olhando para os *outputs* dos estudos comparados sobre os Estados-providência, é como se a Europa do Sul não existisse. A sua análise provoca, portanto, discussões focadas na existência de mais de três regimes (Pierson, 2000), que se prende com a capacidade de um determinado modelo refletir a diversidade interna dos países que o compõem e com a pertinência e exaustão dos critérios utilizados para agrupar os países, radicando-se a utilidade de criar o Modelo da Europa do Sul (Silva, 2002).

Constituída por Espanha, Grécia, Itália e Portugal, a Europa do Sul não se trata de uma área geográfica mas uma realidade baseada em fatores sociopolíticos, tendo em conta traços comuns e semelhantes das estruturas sociopolíticas das sociedades e paralelismos nos processos de desenvolvimento com implicações para o desenvolvimento e estruturação do modelo de *welfare* na Europa do Sul (Silva, 2002).

A literatura da temática das características do modelo social europeu tem posto em evidência a existência de marcas do modelo corporativo-continental de tipo *bismarckiano* (através dos seguros sociais), de prestações de natureza universalista, pendor igualitarista e financiamento de base fiscal tributária de influência *beveridgiano* que ocorreu no período democrático pós-ditaduras, e de orientações de medidas ativas de política social (Silva, 2002; Pereirinha & Carolo, 2009). Ferrera, Hemerijck & Rhodes (2000) dizem, então, que estes modelos são claramente *bismarckianos* no plano de transferências pecuniárias caracterizados por esquemas de proteção social dualistas que protegem os setores do trabalho e simultaneamente níveis rudimentares de proteção da população; por outro lado, são *beveridgianos* na saúde, com serviços nacionais de saúde universais. Numa enumeração de características dos regimes de bem-estar da Europa do Sul, Ferrera (1996, 1997, cit. por Silva, 2002) refere: *i*) sobreproteção dos núcleos centrais da força de trabalho e existência de prestações baixas para os trabalhadores irregulares ou da economia informal, *ii*) sobreproteção dos idosos relativamente a outros beneficiários potenciais, *iii*) subdesenvolvimento das prestações e serviços familiares, habitação social e apoio social ao alojamento; *iv*) baixo grau de penetração das instituições públicas de proteção social, *v*) existência de um sistema de saúde público e universal; *vi*) particularismo institucional com indefinição de funções entre atores públicos e privados, baixa eficácia dos serviços, insatisfação dos utentes e baixa qualificação dos agentes, e *vii*) repartição desigual dos custos entre grupos profissionais, com disparidade de regras e fuga e fraude fiscal na economia informal (Silva, 2002).

Deve ainda ter-se em conta que também Maurizio Ferrera foi alvo de críticas relativas às questões do género e atenção insuficiente que dedica à família na explicação do *welfare* da Europa do Sul. Note-se que umas das principais linhas de demarcação da Europa do Sul remete, precisamente, para a forma como fortes valores e papéis familiares se combinam com a fraca individualização e ausência de políticas de família explícitas, e que outra dimensão da provisão de bem-estar na Europa do Sul está relacionada com as formas tradicionais de solidariedade, que representam um papel importante nesta região (Silva, 2002).

Durante os 30 anos que se seguiram à II Guerra Mundial, a política social europeia sustentava o crescimento económico através da criação de emprego e amparando a capacidade de consumo dos indivíduos que já não podiam trabalhar. Útil para a economia, a proteção social respondia igualmente às necessidades sociais da época, melhorando a saúde da população que acompanhava uma esperança de vida raramente além dos 65 anos, lutando contra a pobreza concentrada nos idosos e sustentando a repartição dos papéis sociais (Palier, 2009). Nessa altura, descrevia-se um quadro cívico no qual na sociedade agrícola todos trabalhavam na exploração e no universo industrial ocorria a divisão de tarefas em que os homens garantiam os rendimentos e a proteção social da família, as crianças eram cada vez mais escolarizadas e as mulheres dedicavam-se aos trabalhos domésticos (Esping-Andersen, 2009). O modelo de Estado-providência criado foi, então, aplicado com êxito nos países mais industrializados, auxiliado pela conjuntura propícia à conjugação de esforços de reconstrução e de expansão económica (Carmo, 2011).

Com o alargamento do universo da economia a novos países, a sociedade industrial tradicional foi destabilizada e a relação entre as políticas económicas e sociais veio a ser posta em causa. O advento da economia pós-industrial questionou os compromissos do Estado na Europa, na medida em que a equação económica de financiamento do Estado-providência nos anos 1970 passa a não encontrar resposta nos anos 1980 (Rosanvallon, 1981). A questão colocava-se em saber se o Estado poderia continuar a ser o único suporte do progresso e solidariedade sociais. Elaborava-se um diagnóstico de *crise do Estado-providência*, apoiado em dados que anunciavam que o crescimento das despesas públicas ligadas às políticas sociais e aos mecanismos de redistribuição passavam a ser mais rápidos que a produção do Estado. (Rosanvallon, 1981). Segundo Pierre Rosanvallon, assistíamos ao fracasso do Estado-providência, subindo os descontos obrigatórios como os impostos e as quotizações sociais.

Tratava-se de uma evolução marcada pela competição empresarial europeia, que obrigou a atividades pós-industriais assentes tanto na inovação tecnológica, alta qualificação e conhecimento, como nos serviços personalizados. Neste novo contexto, as políticas sociais levadas a cabo no pós II Guerra Mundial, concebidas para proteger operários industriais pouco qualificados com contratos de duração indeterminada, tornam-se economicamente e socialmente desajustadas para socorrer os percursos profissionais típicos da nova economia (móveis, caóticos e precários). Além disso, também os trabalhadores protegidos se encontravam numa situação mais precária graças à evolução demográfica que ameaçava enfraquecer as suas proteções. Ao invés de apoiarem o emprego, as políticas sociais passam a ser denunciadas como um custo que sustenta a inatividade, através da multiplicação de sistemas pré-reforma (Alemanha, França e Bélgica), de um crescente número de beneficiários que alegavam invalidez (Holanda) e auxílio às mulheres que sustentavam o lar (Alemanha), conduzindo a um aumento das despesas de proteção social, não compensando as receitas (Esping-Andersen, 2009).

Surge uma nova sociedade industrial marcada por novas configurações e evoluções sociais, pela transformação das economias e desenvolvimento de empregos pouco qualificados e mal remunerados, que revelam novos riscos de polarização social e desafios que obrigam a repensar os objetivos e estratégias de intervenção das políticas sociais. É neste cenário que surgem também o trabalho feminino, os divórcios, a baixa da fecundidade, o aumento exponencial da esperança de vida e a deslocação da pobreza (Esping-Andersen, 2009).

Estas e outras modificações estruturais, como o declínio da família convencional dependente do provedor masculino e tendências demográficas, foram desafiando o pensamento tradicional sobre a política social, impondo desafios variados aos Estados e ameaçando a viabilidade dos compromissos (Esping-Andersen, 1994). Segundo Huber e Stephens (2005) a própria corrente de globalização identificou as pressões relativas às alterações demográficas, mudanças nos estilos de vida e mercado de trabalho, como fatores que exigiam a adaptação das estruturas de Estado-providência. Entre estes desafios demográficos está o envelhecimento da população, na medida em que o crescimento da esperança de vida significou uma maior percentagem de pensionistas e, portanto, sem um forte crescimento económico, produz pressões financeiras severas sobre os sistemas de pensões e cuidados de saúde (Huber & Stephens, 2005). Estes últimos constituem os componentes mais importantes da variedade crescente de compromissos estatais, por representarem uma grande parte das despesas sociais em todas as democracias,

reparando-se que, em 1991, estas duas áreas representavam pouco menos de dois terços do total de gastos de proteção social nos Estados Membros da UE (Pierson, 2000).

Sobre o desafio do envelhecimento demográfico imposto ao Estado, Phillipson (2013) apresenta-nos uma exposição esclarecedora que importa aqui considerar. Enquanto nos anos 1950 e 1960 a reforma estava assegurada, na década seguinte passa a ser vista como uma passagem que precisa ser preparada e planeada. As mudanças a longo prazo passam a afetar a vida laboral dos indivíduos e criam instabilidades para os sistemas de pensões. Começavam a desenhar-se distinções entre *i)* reforma, beneficiando de um esquema público de pensão de velhice; e *ii)* saída precoce do mercado de trabalho, suportada pelo desemprego, incapacidade ou benefícios. Por conseguinte, ao invés do término da vida laboral se alcançar após determinado número de anos e a uma idade cronológica fixa, passa a existir uma ambiguidade sobre o fim do trabalho e o início da reforma (Phillipson, 2013). Continuando, Chris Phillipson cita Guillemard (1989) que, ao analisar essa desestabilização do curso de vida, argumenta que as pessoas que se retiravam precocemente do mercado de trabalho provocaram a rutura do tipo de pensões que havia emergido nos países ocidentais nos anos 1950 e 1960. Passou a existir uma definição menos clara da última fase da vida. Este raciocínio propôs uma nova crise da vida das pessoas nos anos 1970 e 1980, agora ligada à economia global. O trabalho tornou-se mais instável e o declínio da economia podia ser visto sob a ótica dos contextos demográficos e da entrada dos mais novos no mercado de trabalho. Os benefícios da reforma são evidenciados e aumenta a proporção de indivíduos que se sente atraída por uma reforma precoce (Phillipson, 2013).

Vejamos, por fim, a perspetiva adotada por Rosanvallon (1981). Embora reconheça o contributo da crise económica, para este autor a natureza da crise do Estado-providência é, em primeiro lugar, de fundo político e sociocultural, pelo aumento significativo dos compromissos sociais e políticos que o Estado assumiu ao longo do séc. XX. No seu entender, o abalo do Estado-providência correspondia, igualmente, a uma crise de solidariedade, na medida em que era Ele o agente de redistribuição e de organização da solidariedade. Isolada das relações sociais, esta organização da solidariedade que o estado cria torna-se mecânica. Mas a solidariedade não pode ser concebida como um produto automático dos mecanismos do mercado e resultado mecânico do funcionamento do Estado-providência, pois, só se exerce mediante um mínimo de visibilidade das relações sociais. Assim, a crise do Estado-providência correspondia aos limites de uma expressão mecânica da solidariedade social, que produzia efeitos perversos também em

termos económicos. A perda de autonomia e isolamento crescente dos indivíduos para quem o Estado era o principal recurso, alimentava a crise. Para o autor, a crise do Estado-providência instaura problemas de igualdade e de solidariedade, com uma solidariedade automática do Estado que tende a desaparecer, devido à evolução demográfica e dissociação entre contribuintes e beneficiários dos serviços de apoio. Ao nível do trabalho, ocorre o fracasso da conceção tradicional dos direitos sociais, em que as pessoas tinham direito a concorrer a benefícios sociais como compensação de doença, desemprego ou acidente de trabalho. Passa a exigir-se uma nova conceção mediante o trabalho, como direito a reinserção social. É a criação de um espaço entre o emprego assalariado e a atividade social (Rosanvallon, 1981).

Perante os compromissos identificados, emergem novas configurações de intervenção ao nível dos Estados, não se encontrando alternativas às suas formas tradicionais. Posicionados nestas contingências, nos anos 1980, surge o conceito de *welfare state retrenchment* para qualificar orientações políticas que visam reduzir o papel do Estado na esfera social. Neste contexto de preocupação com as alterações das políticas sociais, foi também relevante a literatura sobre “reestruturação”, “desmantelamento” ou “redução” do Estado-providência (Pereirinha, 2008). Segundo Rosanvallon (1981), a perspetiva liberal que opõe as virtudes do mercado à rigidez do Estado redistribuidor desenvolveu-se por não existir nenhuma alternativa às formas tradicionais do Estado. Há uma redução da procura social do Estado, que é diferente do simples retorno ao mercado, na medida em que este passa a complementar o primeiro. A crise do Estado-providência caminhava a par da crise dos Estados sociais-democratas, por se terem fechado numa conceção demasiado estadual da solidariedade.

Todavia, a políticas de *retrenchment* têm vindo a caracterizar a reforma dos sistemas de proteção social desde os anos 1980, apontando-se várias correntes de pensamento explicativo da reforma dos sistemas de proteção social. O *pensamento neo-funcionalista* encara estas alterações políticas à luz das alterações socioeconómicas, considerando que fatores como a redução da taxa de crescimento económico e da produtividade do trabalho, o aumento do trabalho a tempo parcial, alterações nas estruturas familiares e fatores demográficos como o envelhecimento populacional, justificam as mudanças por agravarem a despesa. Já de acordo a perspetiva das *teorias de conflito*, a política social é também o resultado da luta política sobre decisões de natureza distributiva, sendo a redução explicada pelas alterações nas configurações políticas dominantes na sociedade. Por sua vez, a abordagem teórica do *institucionalismo* considera o papel das instituições, distinguindo as instituições políticas (que estabelecem as

regras e conflitualidades políticas), das instituições do Estado-providência (estruturas da provisão de bem-estar social). Por fim, o *papel das ideias na política social* constitui uma outra orientação do pensamento sobre as reformas do Estado-providência, tratando-se de “políticas alternativas específicas bem como princípios organizativos de que estas propostas políticas se encontram imbuídas, ex. o neoliberalismo” (Beland, 2005, cit. por Pereirinha, 2008:41).

Esping-Andersen (2009) sugere que as políticas sociais devem seguir uma perspetiva dinâmica, que não se contente em aliviar as dificuldades imediatas na tentativa de manter os rendimentos perdidos, mas que pense os problemas sociais tendo em conta as trajetórias dos indivíduos e as desigualdades sociais, comportando-se como investimento social que possa evitar efeitos cumulativos dos problemas sociais ao longo da vida. Para tal, o autor refere que é necessário redefinir o conceito de solidariedade social, encarando certas despesas sociais não como um custo que prejudica o crescimento económico mas como investimento e fator de futura riqueza.

2.3. PORTUGAL E AS POLÍTICAS DIRIGIDAS AO ENVELHECIMENTO

Não sendo o envelhecimento um risco mas sim um bem, resultado da melhoria generalizada das condições de vida, em larga medida induzida pelo sucesso de políticas de saúde, redistribuição de rendimentos e trabalho, o risco coloca-se porque o processo de envelhecimento pode ser vivido sem a qualidade a que qualquer cidadão tem direito e a gestão das políticas sociais pode revelar-se ineficaz para evitar desequilíbrios geracionais. O problema colocado às políticas relacionadas com o envelhecimento é o de encontrar mecanismos que garantam a solidariedade intergeracional e respondam às necessidades emergentes com o envelhecimento (Capucha, 2012).

À semelhança do resto da Europa, a criação de políticas orientadas para os desafios decorrentes do envelhecimento da população portuguesa foi primeiramente colocada ao nível das competências do Estado. No caso Português, o problema do envelhecimento é agravado, dado que o sistema de proteção social não chegou a atingir níveis de desempenho que assegurassem a todos os idosos qualidade de vida e dignidade, havendo uma vulnerabilidade de uma boa parte da população mais velha à pobreza extrema (Capucha, 2012). Isto porque a consolidação de um Estado de direito em Portugal, com a legalidade democrática e a institucionalização de direitos constitucionais, surge mais tarde que a maior parte dos países europeus desenvolvidos, com as

políticas resultantes de 1974 (Mozzicafreddo, 1997). Os sistemas universais de proteção social foram construídos segundo modelos mais ou menos diferenciados para proteger os trabalhadores e as famílias (relativamente aos modelos de inspiração *bismarckiana*) ou o conjunto de cidadãos (segundo a perspetiva *beveridgiana*) contra os riscos, entre os quais incluíam a velhice (Capucha, 2012). As questões da reforma e emprego assumem destaque ao darmos conta que Portugal não está numa posição vantajosa na Europa em termos de acesso ao emprego por pessoas com 45 e mais anos, e que a proteção social não se dissocia dos problemas atuais de emprego (Guillemard, 2005).

Ora, vejamos o desenvolvimento das competências do Estado ao nível das políticas dirigidas ao envelhecimento em Portugal. Embora mantenha algumas características do modelo da Europa do Sul, a atuação do Estado português exhibe algumas especificidades. Ferrera *et al.* (2000) caracteriza o contexto português pelo baixo nível de provisão estatal em todas as áreas sociais à exceção da saúde dos idosos e proteção social desequilibrada e desigual, tendo a família um grande papel como cuidadora dos seus membros. O autor explica este encargo familiar como decorrente da sua forma organizativa de elevada incidência de agregados familiares alargados, compreendendo três ou mais gerações, bem como uma elevada percentagem de pessoas de 16 e mais anos a viver com os pais, conduzindo a um fraco desenvolvimento dos serviços sociais de apoio à família.

Mas as características das políticas sociais ao nível do Estado em Portugal são o resultado da influência de fatores que atuaram ao longo do tempo, marcando o seu desenvolvimento e que vale a pena considerar. Alguns destes passos estão resumidos na Tabela V, seguidamente desenvolvida com enfoque para as medidas relacionadas com os mais velhos. As suas origens remontam às corporações medievais das Artes e Ofícios (extintas em 1834), seguidas de uma expansão do direito e movimento associativo operário através de associações mutualistas (a primeira fundada em 1839). Tratavam de organizações sem fins lucrativos que uniam os associados e, mediante uma cota, se protegiam contra certos riscos sociais resultantes da industrialização (doença e morte, desemprego, acidentes de trabalho e doenças profissionais, invalidez e velhice). Posteriormente, em 1901, salienta-se a criação da Repartição de Beneficência e o Conselho Superior de Beneficência Pública (Pereirinha, 2008). Ainda assim, o seu carácter insuficiente, em particular a inexistência de pensões de reforma, e o descontentamento geral originam tensões e revoltas sociais no final da Monarquia (Pereirinha, 2008).

Já no período da 1ª República, em 1919, é criado o Ministério do Trabalho. Devido à necessidade de reformas sociais estabilizadoras do ambiente social e do regime republicano, perturbado pelas convulsões sociais e efeitos da I Guerra Mundial, é aprovada a legislação dos seguros sociais obrigatórios, são criadas bolsas sociais de trabalho e o Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e de Previdência Social (Pereirinha, 2008 e Pereirinha e Carolo, 2009). Estes seguros tinham por fim suprir, entre outras situações de risco (como a doença e os acidentes de trabalho), a velhice e a invalidez. Tratava-se de uma iniciativa obrigatória para todos os que não atingissem determinado rendimento mensal e apoiava-se nas contribuições das entidades patronais e dos próprios, mas que falhou devido à obrigatoriedade não ter sido imposta por dificuldades de organização e por incapacidade de controlo (Fernandes, 1997).

Tabela V - Origens do Estado-providência e Políticas de Envelhecimento em Portugal

Até 1834	Corporações medievais das Artes e Ofícios
Desde 1839	Associações Mutualistas
1901	Repartição de Beneficência e o Conselho Superior de Beneficência Pública
1919	1ª República - Ministério do Trabalho
1933	Estado Novo - Constituição de 1933 e o Estatuto do Trabalho Nacional
1935	Lei de Bases da Organização da Previdência Social
1940s	Alargamento da Previdência; o governo passa a poder criar caixas de reforma/previdência; criação de serviços médicos e sociais
1942	Abono de família
1962	Lei nº 2115 - Regime Geral de Segurança Social
1969	Preenchimento de lacunas de proteção social
1970s	Despertar em Portugal para as políticas de envelhecimento
1974	Consolidação e alargamento de direitos civis, políticos e sociais. Pensão social para todas as pessoas 65+ inválidas
1976	Constituição 1976: Condições para a universalização do direito a uma reforma de velhice
1979	Grupo de trabalho para caracterizar a situação da população idosa e propor uma política para este grupo social. Sistema Nacional de Saúde universal e gratuito
1984	Lei de Bases da Segurança Social
1988	Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade (CNAPTI)
1991	Parâmetros famílias de acolhimento de idosos e adultos com deficiência
1998	Condições de instalação e funcionamento dos lares de idosos
2001	Lei de Bases da Solidariedade e da Segurança Social
2005	Complemento Solidário para Idosos
2006	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)
2014	Registo Nacional do Testamento Vital
2015	Delegação de competências nos municípios e entidades intermunicipais no domínio de funções sociais

É mais tarde, no período do Estado Novo, que são lançadas as bases da previdência com a aprovação da Constituição de 1933 e o Estatuto do Trabalho Nacional (Pereirinha, 2008), pretendendo suprir as situações de insegurança decorrentes da falta de propriedade e de meios de sobrevivência e solidariedade (Fernandes, 1997). A constituição de 1933 é entendida por Fernandes (1997) como um passo em que o Estado intervém mas afastando-se da responsabilidade da previdência social ao não assumir encargos financeiros. A intervenção estatal limitava-se à criação e promoção do desenvolvimento das instituições de solidariedade, previdência, cooperação e mutualidade para suprir as situações de risco como a velhice, deixando para os trabalhadores e empregadores o encargo de contribuir através de quotas mensais para o funcionamento das instituições de previdência que vai criando (Fernandes, 1997). O financiamento ficava a cargo das entidades patronais e dos trabalhadores sem qualquer participação estatal prevista. Os trabalhadores inscritos nas caixas de previdência tinham asseguradas as suas pensões, pagas por eles e pelas empresas. Em casos de dificuldades no pagamento, o Estado intervinha através de subvenções pontuais sob a forma de atos de assistência e não de previdência (Fernandes, 1997).

Em 1935 o sistema cresceu (o número de organizações de previdência aumentou) com a criação da Lei de Bases da Organização da Previdência Social (Fernandes, 1997), considerando a estrutura de previdência como um conjunto de organismos que compõem três setores distintos: o setor corporativo, o setor privado e o setor público (Pereirinha, 2008). Foi a criação da previdência social em 1935 e as reformas que ocorreram ao longo do período do Estado Novo que originaram a cobertura de riscos sociais clássicos, como a substituição de rendimento em caso de velhice, invalidez e sobrevivência. Assentavam numa lógica de seguro social e de solidariedade intraprofissional, de base corporativa, para garantir benefícios sociais associados ao mundo do trabalho (Pereirinha & Carolo, 2009). Esta lei procurava realizar os objetivos presentes no Estatuto do Trabalho Nacional e definir as bases gerais em que deveria assentar a organização do sistema de previdência estruturado em quatro categorias de cobertura de doença, invalidez e velhice: *i)* caixas de reforma, *ii)* caixas sindicais de previdência, *iii)* casas dos pescadores e *iv)* caixas de previdência das casas do povo (Fernandes, 2006). Pereirinha e Carolo (2009) confirmam estas quatro categorias arrumando-as em *i)* instituições de previdência dos organismos corporativos, *ii)* caixas de reforma ou de previdência, *iii)* associações de socorros mútuos, e *iv)* instituições de previdência dos servidores do Estado e dos corpos administrativos. Segundo Maia (1989, cit. por Fernandes, 1997) esta lei mostrou-se ineficaz e só uma parte dos

trabalhadores assalariados estava coberta pela previdência, sendo que na agricultura e na pesca a proteção era meramente assistencial.

Nos anos 1940 a previdência foi alargada a mais trabalhadores e foi atribuído ao governo o poder de criação de caixas de reforma ou de previdência, estendendo os direitos à saúde através da criação de serviços médicos e sociais. Em 1942 é criado o abono de família (Pereirinha, Arcanjo & Carolo, 2008).

O princípio da década de 60 é notável por uma reforma do sistema na medida em que, a Lei nº 2115 promulgada em 18 de Junho de 1962 veio introduzir alterações significativas na organização institucional da previdência, estendendo o seu campo de aplicação material e pessoal e contribuindo para o desenvolvimento de um Regime Geral de Segurança Social (Pereirinha, 2008). Constitui um marco fundamental, destacando-se a reorganização das caixas de previdência por ramos ou profissões pela criação das caixas distritais de previdência, da caixa nacional de pensões e da caixa nacional de seguros e doenças profissionais (Pereirinha & Carolo, 2009). O sistema de previdência é, nesta altura, alargado em termos de cobertura pessoal e riscos sociais em termos de encargos provenientes da doença e o apoio à maternidade. Apesar de se começar a acentuar o envelhecimento demográfico pela queda da mortalidade e aumento da esperança de vida e de se propor uma redução da quota correspondente ao seguro de velhice, esta conquista ainda pouca importância nas medidas de previdência, não era ainda considerada uma situação de risco e as despesas com as pensões de velhice são comprimidas pelo crescimento das despesas de assistência médica e familiar (Fernandes, 1997).

Num período pós 1969, já no Estado de Marcelo Caetano verifica-se um preenchimento de lacunas de proteção social, sendo introduzidas novas prestações sociais, ampliando a previdência a profissões até à altura sem cobertura como os trabalhadores rurais, cabeleireiros, jornaleiros e domésticas (Pereirinha, 2008). Em 1970 o sistema de pensões foi alargado a todos os beneficiários da previdência e foi generalizado o abono de família a todos os rurais. Em 1972 altera-se a idade da passagem à reforma para algumas profissões mais desgastantes, como o trabalho nas minas, cuja idade passa a ser os 60 anos; e das mulheres trabalhadoras com acumulação de responsabilidades familiares, que passa a ser de 62 quando a necessidade fosse clinicamente comprovada (Fernandes, 1997).

Nesta época, o envelhecimento demográfico inicia um crescimento mais acentuado. O aumento do número de idosos promove situações de carência, começa a dar-se visibilidade ao

envelhecimento e a atenção volta-se para prevenir os riscos da última fase da vida. Lembre-se que até aqui a velhice permanecia invisível devido a um operariado disperso, pouco reivindicativo, bem como ao reforço das condições estruturais da solidariedade familiar, garantir o apoio aos familiares mais carenciados (Fernandes, 1997). Os anos 1970 assinalam, portanto, um despertar em Portugal para as políticas dirigidas ao envelhecimento. Ao longo da década foram feitos esforços para “promover os ajustamentos da proteção social às novas condições do país pós-revolução e aos imperativos constitucionais” (Maia, 1984:62, cit. por Fernandes, 1997). Tratava-se uma política debilitada e sem garantias de sustentabilidade dos sistemas de proteção, considerando que os idosos apresentavam níveis de pobreza elevados (Faria, Oliveira & Simões, 2012).

Com a revolução de Abril de 1974, a restauração do regime democrático traduzida na consolidação dos direitos de cidadania civis, políticos e sociais, originou um aumento das despesas sociais públicas, obrigando a um reforço da solidariedade fiscal (Pereirinha & Carolo, 2009). Foram reconhecidos os direitos às contratações coletivas dos trabalhadores, ao salário decente e à saúde (Quaresma, 1988), mas as movimentações decorrentes da revolução lutavam ainda pelos direitos à qualidade de vida e ao ambiente bem como pelas condições para a construção gradual de um sistema de segurança social (Fernandes, 1997). Nos novos pressupostos, o Estado torna-se protetor, reconhecendo direitos a uma vida digna mesmo em situações de risco que envolvam a doença, a falta de trabalho e a velhice, destacando a criação de uma pensão social para todas as pessoas com 65 e mais anos inválidas que não beneficiassem de qualquer esquema de previdência em 1974. Contudo, a mudança exigiria tempo e as estruturas administrativas do Estado mantiveram-se intactas. Na política social do I Governo Provisório a velhice não apresentava ainda autonomia face aos outros casos abrangidos pela previdência, como a invalidez e a incapacidade, os órfãos ou mutilados de guerra (Maia, 1984, cit. por Fernandes, 1997).

O programa de ação do II Governo Provisório contemplou já algumas medidas de carácter corretivo como a criação de unidades residenciais para acolhimento das “pessoas de idade” sem família e a remodelação dos “asilos” existentes (Quaresma, 1988). Nos seus objetivos de política social procurou-se uniformizar os regimes de previdência, integrando na segurança social todos os trabalhadores não abrangidos por esquemas de previdência, uniformizando os regimes de previdência aplicáveis aos trabalhadores das atividades privadas e aos funcionários do Estado, promovendo uma igualdade progressiva da situação dos trabalhadores rurais em

relação aos outros trabalhadores. Sobre a velhice, as referências eram ainda ténues, começando a dar-se referência à “terceira idade”, prevendo-se *i)* aumentar as pensões de velhice em meio rural, *ii)* aumentar as pensões atribuídas antes de 1/1/74 em pelo menos 15% a partir de 1/1/75, *iii)* atribuir o 13º mês de pensão a exemplo do Estado, *iv)* introduzir o complemento das pensões de velhice iniciadas antes de 1/1/74 sempre que o beneficiário tenha cônjuge a cargo, *v)* criar pequenas unidades residenciais que permitam o acolhimento dos idosos que não têm família, *vi)* total remodelação dos atuais asilos de terceira idade, *vii)* criação de um acréscimo de 20% de pensão para os grandes inválidos que requerem a presença quase constante de outra pessoa (Fernandes, 1997).

Estes princípios foram consagrados posteriormente na Constituição da República de 1976 com a qual estavam delineadas as condições para a universalização do direito a uma reforma de velhice, já identificada como categoria social autónoma (Fernandes, 1997). No entanto, apesar da Constituição da República de 1976 defender a criação de uma política de “terceira idade”, só a 24 de Outubro de 1979 foi criado um grupo de trabalho para caracterizar a situação da população idosa e propor uma política para este grupo social. O relatório, apresentado em 1980, não surtiu efeitos imediatos, ainda que a Revisão Constitucional de 1982 reafirmasse todos os princípios anteriormente consagrados (Quaresma, 1988).

Percebemos agora que a democracia veio introduzir medidas de orientação *beveredgiana*, corretoras de desigualdades e de carácter universal, sendo em 1979 criado o Sistema Nacional de Saúde universal e gratuito e em 1984 a Lei de Bases da Segurança Social (Pereirinha, 2008). Em 1988 é fundada a Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade (CNAPTI) (Resolução do Conselho de Ministros n.º15/88, Diário da República de 23 de Abril) com o objetivo de analisar a situação da população idosa, recolher informação sobre as aspirações desse grupo social e estabelecer intercâmbio com instituições afins. Ao Ministério do Emprego e Segurança Social competia a ação social, o apoio técnico às instituições particulares de solidariedade social sem fins lucrativos e fiscalizar o funcionamento dos lares lucrativos dirigidos às pessoas idosas. Esta resolução assinala um importante passo para a implementação de políticas dirigidas ao envelhecimento em Portugal, que permitiriam melhores condições de vida às pessoas idosas. Desta resolução deriva, ainda, o diploma legal que estabelece as normas de funcionamento do apoio domiciliário, voluntariado social e ajudantes familiares e o despacho que define as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento de Lares com fins lucrativos (Vaz, 2006).

Apesar da expansão da taxa de cobertura de pensões, os idosos apresentavam sinais de risco social pela tendência ao isolamento e pelos escassos rendimentos. Em 1991, o Decreto-Lei n.º 391/91, de 10 de Outubro, define-os como grupo de risco, estabelecendo parâmetros para “famílias de acolhimento” de idosos e adultos com deficiência, mediante contribuição do sistema de segurança social (Faria *et al.*, 2012). Em 1998, o Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de fevereiro aprova o Decreto-lei 133-A/97 de 30 de Maio, acerca do licenciamento e fiscalização dos estabelecimentos e serviços de apoio social, no âmbito da segurança social, estabelecendo normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos. Este diploma é revogado em 2006 pelo Despacho Normativo n.º 30/2006 e em 2011 pelo Despacho Normativo n.º 3/2011, de 16 de fevereiro com alterações no âmbito da facilitação e apreciação de projetos de construção e de pedidos de licenciamento de estruturas residenciais com estruturas, modelos de gestão e funcionamento diferentes. A evolução destas políticas chega a 2012 com o Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de fevereiro (que revoga os anteriores) que uniformiza a legislação existente integrando as *respostas residenciais para pessoas idosas* sob uma designação comum.

Em 2001 entrou em vigor a Lei de Bases da Solidariedade e da Segurança Social, Lei n.º 17/2000, de 8 de Agosto, revogando a anterior Lei n.º 28/84. A proteção social reorganizava-se agora em três subsistemas: *i)* de proteção social de cidadania, *ii)* de proteção à família e *iii)* previdencial. É no subsistema de proteção social de cidadania e no subsistema previdencial que se enquadra a velhice. No primeiro, inserem-se as pensões sociais de invalidez, de velhice, de sobrevivência e a rede de serviços e equipamentos, financiadas exclusivamente através de transferências do Orçamento Geral do Estado. No segundo estão as pensões de invalidez, velhice e morte financiadas pelas quotizações dos trabalhadores e pelas contribuições das entidades empregadoras (Faria *et al.*, 2012). No entanto, estes regimes de proteção e ação social não acompanham as necessidades de prevenção e combate à exclusão social. Mendes (2005) culpabiliza a fragilidade dos contratos, a pouca adequação local das práticas institucionalizadas, os defeitos processuais e administrativos e a ausência de fiscalização (Faria *et al.*, 2012). No mesmo ano, o Decreto-Lei n.º 208/2001 define as regras a observar na atribuição do complemento extraordinário de solidariedade.

Na mesma linha de políticas de proteção na velhice, em 2005, através do Decreto-Lei n.º 232/2005 de 29 de Dezembro, é criado o complemento solidário para idosos, que no ano seguinte passa a ser instituído no âmbito do subsistema de solidariedade pelo Decreto-Lei n.º

236/2006. Em 2007 o Decreto-Lei n.º 252/2007 cria um regime de benefícios adicionais de saúde para os beneficiários do complemento solidário. Em 2009 o Decreto-Lei n.º 151/2009 efetua uma segunda alteração da Lei n.º 232/2005. Em 2017 o valor de referência do complemento solidário para idosos foi atualizado de acordo com a Portaria n.º 3/2017.

Em 2006 é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) através do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, para a instauração de políticas de saúde integradas no Plano Nacional de Saúde e políticas sociais. Em 2009 o Despacho n.º 2732/2009 procedeu à identificação das unidades da RNCCI. Em 2010 o Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental que mais tarde, em 2015, passam a ser integradas na RNCCI pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho. Em 2012 foi criada a Rede Nacional de Cuidados Paliativos, pela Lei n.º 52 de 2012, de 5 de setembro (através da Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro foram reguladas a caracterização dos serviços e a admissão nas equipas locais, bem como as condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos). Para a expansão e melhoria destes serviços, em 2016 começou a preparar-se a reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados Continuados Integrados, sendo nomeado um coordenador pelo Despacho n.º 201/2016.

Em 2007 a Assembleia da República aprova as bases gerais do sistema de segurança social pela Lei n.º 4/2007. No desenvolvimento desta última surge uma nova lei, Decreto-Lei n.º 187/2007, que aprova o regime de proteção nas eventualidades invalidez e velhice dos beneficiários do regime geral de segurança social.

Em 2015, o Decreto-Lei n.º 30/2015 estabelece o regime de delegação de competências nos municípios e entidades intermunicipais no domínio de funções sociais. Como veremos mais adiante, esta medida com impactos significativos nas formas de atuação e resolução de problemas associados ao envelhecimento.

Medidas mais recentes geram ecos nas condições de envelhecimento da população portuguesa. Em 2015, falamos da Resolução da Assembleia da República n.º 70/2015 que recomenda a adoção de medidas de promoção dos direitos das pessoas idosas e de proteção relativamente a formas de violência, solidão e abuso. Em 2016, a Resolução da Assembleia da República n.º 136/2016 recomenda medidas de apoio aos cuidadores informais bem como a criação do seu estatuto. Por último, referimos ainda o Despacho n.º 12427/2016 com a criação de um grupo de

trabalho interministerial (Finanças, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde) para apresentar uma *Proposta de Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável*.

2.4. UM DESAFIO PARA ALÉM DO ESTADO. UMA QUESTÃO DE “GOVERNANÇA”

Os estudos relacionados com o envelhecimento em Portugal mostram que as exigências de ações neste domínio assumem uma relevância acrescida, uma vez reveladas débeis condições de envelhecimento como baixos níveis de pensões e dificuldades nas condições habitacionais. Já referimos anteriormente que o aumento da longevidade não se faz acompanhar por um equivalente aumento de qualidade de vida dos idosos portugueses, vivendo muitos deles em situação de pobreza, solidão e exclusão social. A maioria das pessoas com 65 e mais anos possui baixos níveis de literacia e correspondente estatuto socioeconómico (Fernandes, 1997; Fonseca, 2012; Gil, 2010; Paúl, 2012; Pimentel, 2007; Ribeiro, 2012). Também a saúde e a qualidade de vida dos portugueses com 65 e mais anos apresenta múltiplas fragilidades, tanto em termos de morbilidade como de esperança de vida, bem como fracos resultados na avaliação subjetiva da saúde e bem-estar (Almeida, 2009). No que respeita a estudos realizados ao nível da comunidade, embora persista uma insuficiência, evidenciam que as intervenções locais adotam uma perspetiva de *ageism*, sendo inflexíveis e insuficientes na resposta às exigências dos mais velhos (Machado, 2005; Bárrios, 2011; Bárrios & Fernandes, 2014).

Por não reunirem muitos dos requisitos essenciais para a participação cívica dos idosos, as políticas sociais são incipientes e não-satisfatórias no que concerne às necessidades do envelhecimento, sendo fundamental criar condições mais favoráveis, como a capacitação dos mais velhos (Bárrios & Fernandes, 2015). Em matéria de saúde, tornam-se imperativas as políticas que visam as desigualdades de saúde entre os grupos sociais desta faixa etária em termos de rendimento, escolaridade, local de residência e género, dado o seu impacto global na saúde das populações (Almeida, 2009).

Perante os compromissos identificados suscitam novas ingerências ao nível do Estado. Esping-Andersen (2009) sugere que as políticas sociais sigam uma perspetiva dinâmica, que não se contente em aliviar as dificuldades imediatas na tentativa de manter os rendimentos perdidos, mas que pense os problemas sociais tendo em conta as trajetórias dos indivíduos e as desigualdades sociais. Deve comportar-se como investimento social que possa evitar os efeitos

cumulativos dos problemas sociais ao longo da vida. Para tal, o autor refere que é necessário encarar certas despesas sociais não como um custo que prejudica o crescimento económico mas como investimento e fator de futura riqueza.

Contudo, a combinação de uma população cada vez mais envelhecida, os compromissos do Estado relativos a benefícios públicos generosos e um lento crescimento económico conduzem o Estado a situações de austeridade (Pierson, 1998). Os custos relacionados com os programas de envelhecimento são deveras problemáticos em contexto de desenvolvimentos internacionais que condicionam as finanças públicas, colocando a reforma de políticas orientadas para o apoio à velhice no topo das agendas políticas de quase todas as democracias industriais avançadas (Haverland & Marier, 2008). Os desafios impostos pela conjuntura política, contingências económico-políticas e dinâmica austera que marca a sua atuação, tornam o Estado incapaz de responder isoladamente aos problemas e necessidades da população que envelhece, na criação de recursos que atenuem os efeitos económicos, sociais, de saúde e políticos.

Ora, já Guillemard (1988) sublinhava que o Estado, quando dispõe de fraca margem de autonomia e manobra perante a ordem das relações sociais, desvia o curso da sua ação a favor das forças sociais que têm a dominância na sociedade. Também Pierre e Peters (2000) afirmam que o Estado está a perder a sua capacidade de direção, na medida em que o controlo se dirige: *i)* para cima, para as organizações regionais e internacionais, como a União Europeia; *ii)* para baixo, para as regiões e localidades descentralizadas; e *iii)* para o exterior, para empresas internacionais, ONGs e outros organismos privados/semiprivados (Zito, 2005). O Estado deixa, portanto, de ser iniciador e passa a ser parceiro na formulação de políticas dirigidas ao envelhecimento, canalizando a responsabilidade de intervir na sociedade civil. Os desafios são, agora, colocados a todos os setores do sistema político urbano e rural e às democracias que o suportam, impondo a necessidade de repensar os modelos de atuação nos diferentes níveis. Significa, portanto, que não se trata meramente do exercício autárquico mas de um sistema de relações entre organizações e indivíduos, que podem assegurar as condições para uma vida ativa e saudável.

Esta forma de atuação vê o seu sentido reforçado tendo em conta que a política dirigida ao envelhecimento vingou pela pressão dos representantes sindicais e políticos de uma classe operária organizada, com o Estado a intervir para marcar o seu papel de redistribuidor de recursos. Além disso, política social dirigida ao envelhecimento tem como principais interventores as associações patronais, os sindicatos e o Estado. O objetivo do primeiro tem

sido definir as relações entre velhice e sociedade que melhor se adequem aos imperativos do sistema produtivo de cada conjuntura. Os sindicatos têm procurado fazer prevalecer uma definição de política de velhice orientada para medidas de política de reforma, entendidas como um direito social do trabalhador. O Estado tem assumido um papel de moderador dos compromissos sociais entre essas duas forças inclinando-se, em cada momento, para uma das partes conforme o jogo de forças presente (Guillemard, 1988; Silva, 2006).

As respostas do Estado e da sociedade civil a esta realidade têm sido desenvolvidas num caminho de assistência pública, orientada para socorrer os desprovidos de meios próprios, tendo, pois, um carácter complementar, que é o de colmatar carências onde as instituições tradicionais, nomeadamente a família, se mostram insuficientes. Trata-se de um patamar de política social em que os equipamentos sociais surgem a vários níveis de ação pública, essencialmente por iniciativa da sociedade civil, e dirigem-se, fundamentalmente para os idosos mais carenciados quer seja do ponto de vista da saúde, quer seja do ponto de vista económico. Podemos, assim, verificar o fracasso do Estado Social que teria uma lógica institucional, visando uma sociedade mais equilibrada do ponto de vista social. Encontramo-nos num escalão de políticas que ultrapassa o Estado para se estender à sociedade civil. Os equipamentos vão surgindo a todos os níveis de ação pública e falamos das formas de relação entre os elementos da sociedade civil e da qualidade da democracia nas suas diversas explicações. O poder público passa a manifestar-se através de fronteiras cada vez mais ténues entre os diferentes níveis de governo, o público e o privado, e entre o Estado e a sociedade civil (Meehan, 2003).

Conceptualmente, esta perspetiva de produção de políticas é suportada pelo conceito de governança. Segundo Stoker (1998) este conceito designa uma série de tendências no domínio da ação pública, caracterizando-se por *i*) atribuição de poder a um quadro de instituições e de atores para além das entidades governamentais; *ii*) esbatimento de fronteiras e de responsabilidades; *iii*) dependência entre as instituições; *iv*) redes de atores autónomos e autogovernados; e *v*) utilização de novas ferramentas e técnicas de condução do destino coletivo.

Apesar de não existir ainda uma definição universalmente aceite, nem tão pouco dos fenómenos que podem ser concretamente agrupados sob esse título, governança não é um termo novo, tendo a sua popularidade crescido nas últimas décadas (Pierre & Peters, 2000; Zito, 2005). Bergmann-Winberg e Wihlborg (2011, cit. por Bernhard, 2013) dizem-nos que trata de uma

direção para a cooperação e a governação em rede, que é característica das sociedades modernas.

A ideia de governança enfatiza processos e redes descentralizadas (Peters & Pierre, 2006, cit. por Bernhard, 2013), capturando uma mudança institucional que passa de um modelo centrado no governo para um modelo em rede, baseado no mercado, onde tem lugar uma interação de muitos atores diferentes (Gjelstrup & Sørensen, 2007, cit. por Bernhard, 2013). Também Bilhim (2004) havia detetado uma mudança das formas de governação de unilateral (governo ou sociedade separadamente) para uma interação do governo com a sociedade. O mesmo autor acrescenta ainda que apesar da maior parte das teorias analisar esta interação, o conceito de governança foi proposto como um processo de permanente equilíbrio entre as necessidades e as capacidades de governar, que não se confina à interação entre governo e sociedade. Dito de outra forma, Le Galès (2011) considera que consiste na capacidade política de grupos de atores agirem para além do Estado, sendo um processo de coordenação de atores, grupos sociais e instituições. Capella (2008) alega ainda uma plasticidade do termo governança ao concluir que a União Europeia e as relações internacionais o utilizam como base institucional para a democracia e formulação de políticas económicas, enquanto a administração pública o usa como sinónimo de área e de estratégias de inovação na gestão pública.

Mas falar em governança ordena ainda que se entenda que se ocupa inclusive do envolvimento de uma variedade de atores no processo de tomada de decisão, na medida em que orienta o processo que influencia as decisões e os procedimentos nos setores privado, público e cívico (Henton *et al.*, 2005, cit. por Kapucu, Yuldashev & Bakiev, 2009). Ao mesmo tempo que a governança é pensada sob a forma de eficiência estatal, é também aprofundada como a chave para processos participativos, através da perspetiva de descentralização democrática fortalecendo o poder local e o impacto da sociedade civil (Abers, 2010, cit. por Rodrigues, 2015).

O conceito de governança vem, assim, mudar a natureza do significado de governar e são afirmadas várias explicações sobre o seu desenvolvimento. Para Pierre e Sundström (2009, cit. por Bernhard, 2013) surge porque a sociedade é tão complexa que nenhum ator consegue dirigir e atuar sozinho, permitindo reunir um grande número de atores tanto nas esferas públicas como nas privadas. Esta justificação vai ao encontro das limitações do Estado em relação à criação de respostas necessárias aos desafios que o envelhecimento populacional concebe.

Todavia, outras forças facilitaram ao desenvolvimento da governança, que podem ser entendidas como teorias macro. Trata-se da globalização crescente que pressiona o Estado tradicional (Meehan, 2003; Pierre & Sundström, 2009, cit. por Bernhard, 2013) através da projeção de grande parte dos atores políticos e sociais num cenário universal, a que a generalização da Internet e das grandes plataformas de informação deram origem (Bilhim, 2004). Associadas à globalização, também as rápidas mudanças tecnológicas de informação e comunicação se relacionam com a emergência da governança (Ehn, 2001, cit. por Bernhard, 2013) ao permitir a inovação crescente (Kapucu *et al.*, 2009). Agranoff e McGuire (2003) reforçam este papel ao afirmar que os processos inovadores incluem a descentralização, a redução do papel dos governos e a alavancagem pública dos recursos privados. Esta descentralização e europeização são, precisamente, outros fatores macro adicionais que conduziram a: *i*) uma fragmentação ou partilha do poder público entre os diferentes níveis de regulação como a UE, o Estado e os Municípios; *ii*) uma existência de outras modalidades que encorajam a formulação e implementação de políticas distantes do centro, através da privatização da prestação de serviços; *iii*) uma crescente dependência de parcerias, redes e novas formas de consulta ou diálogo na política (Meehan, 2003). A literatura reconhece ainda o papel da diversificação e especialização de muitos agentes económicos, sociais, culturais, administrativos (Bilhim, 2004), da economização, delegação e profissionalização, por questionarem o funcionamento hierárquico, facilitando ideias de governança como a competição do mercado e as redes políticas baseadas na colaboração e discussão (Sundström, 2005, cit. por Bernhard, 2013).

Percebemos até aqui a ocorrência de uma mudança em relação à forma de governar e existência de um movimento da regulamentação e implementação de políticas do governo estatal a outros níveis e esferas sociais, com a governação hierárquica tradicional a funcionar somente em casos excecionais (Ehn, 2001, cit. por Bernhard, 2013). Apesar da transição de governo para governança, não quer dizer que a governança substitua o governo mas sim que o governo permite que exista governança. Importa, assim, proceder à clarificação da sua distinção. O governo (e governação) está relacionado com a administração pública tradicional, constituindo a força dominante e de controlo, em grande parte por meio de decisões políticas (Kapucu *et al.*, 2009). Refere-se a um padrão tradicional do poder público, no qual a autoridade é centralizada e exercida hierarquicamente (Meehan, 2003). Trata da burocracia, legislação, controlo financeiro, regulação e força (Zito, 2005). Por sua vez, a governança implica o exercício de relações interativas e parcerias, estando inerente uma interdependência entre organizações

(Kapucu *et al.*, 2009), significando uma solução coletiva para problemas de domínio público (Meehan, 2003). Caracteriza-se por uma crescente utilização de instrumentos de política não regulamentares (Zito, 2005).

A governança é, portanto, mais ampla do que o governo, cobrindo atores não-estatais (Kapucu *et al.*, 2009), fazendo do mercado e da sociedade civil atores igualmente importantes (Kooiman, 2003). Ainda assim, apesar do governo não ser o único ator envolvido no exercício de governança, os processos não diminuem necessariamente a sua identidade, não comprometem o seu estatuto e autonomia (Tsujinaka, Ahmed & Kobashi, 2013). Efetivamente, governo e governança não se colocam assim em extremidades opostas por não serem entidades fixas, mas dois polos heurísticos num *continuum*, com formas que interagem como *i*) coexistência, podendo complementar-se, *ii*) fusão; *iii*) concorrência e competição; *iv*) substituição (Zito, 2005; Eberlein & Kerwer, 2004).

Quando nem o Estado nem o Município têm recursos suficientes ou conhecimentos técnicos para alcançar os objetivos isoladamente, explica-se a formação de redes e parcerias de vários tipos entre o setor público interno e externo, transitando de governo para governança (Montin, 2007, cit. por Bernhard, 2013). Percebemos, assim, que podemos falar de governança a vários níveis de ação, com atores que se movimentam do local ao internacional, rompendo as fronteiras entre o público e o privado, o local, o nacional e o supranacional (Duran & Thoenig, 1996). Na prática, o modelo de governança estabelece ligações entre diversos setores do governo: local, regional, nacional e supranacional. Por sua vez, cada um destes organismos cria relações horizontais com outros setores do governo, serviços públicos, empresas privadas, ONGs e grupos de interesse (Stoker, 2011).

Segundo Stoker (2011), a governança mantém um forte papel do governo local como coordenador, que exige uma capacidade de liderança, desafiando-se a trabalhar através das fronteiras e adotando a meta de trabalho holístico como meio mais eficaz de agir sobre os problemas públicos. Considera-se assim, o meio privilegiado de desenvolvimento de políticas dirigidas ao envelhecimento, dependendo das especificidades populacionais territoriais. O governo local tem, geralmente, uma posição única na criação de um ambiente sustentável para as pessoas mais velhas, por se envolver em funções como o planeamento estratégico e a gestão de serviços de transporte, de saúde e de cuidados na comunidade. A literatura afirma o papel das autoridades locais na construção de um ambiente seguro para os idosos, mas também recomenda que os governos locais devem assumir a liderança na facilitação da participação e

inclusão social, assegurando um contexto de política pública positiva (Ozanne, Biggs & Kurowski, 2014). Também Colley (2014) considera que os governos locais têm um papel de coordenação dos serviços de assistência social no seu território de uma forma sistemática, sintonizando os esforços de todos os atores prestadores de serviços. Para tal, as autarquias devem manter contatos diretos os atores e envolvê-los, formalmente, no desenvolvimento de políticas sociais locais.

A questão é, agora, localizada num contexto territorial, em todos os setores de intervenção. Quer isto dizer que a análise das Políticas Públicas não se limita à ação das autoridades públicas, uma vez que estas interagem com outros atores na coprodução de ação pública. Ultrapassa-se, assim, a esfera administrativa para se trabalharem aspetos da governança local. Aspetos técnicos, que envolvem a mobilização de recursos a nível local, e aspetos de representação, que incluem uma maior participação dos grupos fora do governo e uma maior transparência e responsabilidade no funcionamento das autarquias locais (OMS, 1996, cit. por Kenzer, 1999). Falamos de governança local perante a tendência significativa e popularidade da governança em localidades e comunidades, que procuram a solução efetiva de problemas sociais locais em conjunto com o setor privado e não-governamental (Kapucu *et al.*, 2009). No caso do envelhecimento das comunidades, tem-se apelado ao sentido mais amplo de responsabilização local e o conjunto de políticas dirigidas ao envelhecimento é desenvolvido através da articulação entre os diferentes organismos que criam medidas de proteção social capazes de assegurar as condições para uma vida ativa e saudável. Na opinião de Barbosa, Feio, Fernandes e Thorslund (2016), os atores locais emergem como os elementos chave na capitalização das oportunidades de envelhecimento ativo e promoção da solidariedade intergeracional, acrescentando que são os únicos capazes de compreender e responder aos desafios específicos do envelhecimento nas comunidades.

No âmbito da sociedade civil⁶ ou terceiro setor, salientam-se as especificidades das associações e auto-organizações da comunidade local, bem como a sua influência na participação eleitoral e/ou dificuldades na participação política. São muitos autores que enfatizam a importância das parcerias com a sociedade civil por gerarem melhores resultados aos governos e se constituírem promissoras para a sociedade (Kapucu *et al.*, 2009). Através da sua estrutura e função, as ONGs

⁶ A sociedade civil, representada por entidades locais, privadas, tem um papel preponderante através da atividade das ONGs e IPSSs (especialmente as Misericórdias, responsáveis pela maioria da prestação de cuidados a idosos). Confrontada com a produção de bens públicos, discute a sua operacionalização sabendo que, qualquer política a ser aplicada deve ter o consentimento das pessoas a quem se dirige (Duran & Thoenig, 1996).

são um bom protótipo para o contexto em que decorrem os processos de governança. Sendo construídas através de redes horizontais de cidadãos, operam a diferentes escalas e dependem de coligações para construir a confiança e a reciprocidade que lhes permite agir (Clarke, 2000, cit. por Kapucu *et al.*, 2009). Na verdade, e como afirmam Tsujinaka *et al.* (2013), a sociedade civil está a tornar-se cada vez mais ativa na esfera pública, sendo várias as dimensões da relação com os governos em termos de *i*) financiamento, através de subvenções e contratos honorários por serviços (nos países ocidentais o financiamento público é uma fonte de renda importante, representando em alguns casos mais de metade do orçamento das ONG); *ii*) apoio não monetário (instalações e competências), *iii*) regulamentos e prestação de contas. A magnitude dessas relações difere na dimensão da organização, no campo de ação (social ou desenvolvimento internacional). Embora a maioria das organizações sem fins lucrativos se concentre na prestação de serviços, em colaboração com o Estado desempenham também outros papéis: advocacia, desenvolvimento de novas políticas e criação de capital social (Corte & Verschuere, 2014).

Quanto às preocupações inerentes ao envelhecimento populacional, as organizações da sociedade civil são parceiras em múltiplas funções como a promoção de saúde, melhoria do ambiente físico e apoio social a pessoas mais velhas, intervindo em setores como a segurança, a mobilidade, os transportes, o lazer, estilos de vida e relações sociais (Healthy Ageing Project, 2007). No que respeita aos cuidados e serviços para idoso, Bode (2006) considera que a colaboração entre diferentes entidades substitui a governação hierárquica, uma vez que a literatura sugere tendência para criação de mais redes e maior participação das organizações do terceiro setor, como forma inovadora de organizar os serviços públicos (Kooiman, 2003). Além da promoção do bem-estar, embora a maioria se concentre na prestação de serviços, as organizações da sociedade civil são capazes de melhorar o desenvolvimento de políticas públicas por darem voz aos interessados, defenderem os seus interesses e a mudança social (Corte & Verschuere, 2014). Além disso, sublinhe-se que desempenham outros papéis como a criação de capital social, ao reunir pessoas, incentivar interações e colaborações, expressando opiniões, construindo confiança e reciprocidade e promovendo interesses comuns (Colley, 2014).

Tendo já alertado para o papel do setor privado no que respeita à existência de diferenças cada vez mais débeis entre a prestação de serviços públicos e privados, verifica-se uma estreita dependência entre a esfera política, empresarial e o terceiro setor. É no decurso da interação permanente entre a pluralidade de organizações que se ajustam objetivos, partilham recursos e

se estabelecem colaborações. Estas parcerias beneficiam ainda quando se prolongam às instâncias de investigação para a realização de projetos de envelhecimento que envolvam as Universidades, as organizações governamentais e não-governamentais, associações de reformados, sindicatos, associações culturais, desportivas, religiosas, etc. (Healthy Aging Project, 2007). Para que estes projetos desafiadores, pensados com a academia, tenham sucesso, Baker *et al.* (1999) identifica alguns princípios orientadores: *i*) identificar processos e modelos de acordo com a natureza dos problemas, incluindo atores com conhecimentos de planeamento e intervenção; *ii*) reconhecer os benefícios da comunidade na recolha de dados/experiências, desenvolvimento, implementação e avaliação de programas; *iii*) desenvolver relações baseadas na confiança e respeito mútuos, o que requer um compromisso, comunicação regular e partilha de informação; *iv*) reconhecer as prioridades de agenda dos diferentes parceiros; *v*) considerar abordagens multidisciplinares, desenvolvendo parcerias que usufruam dos conhecimentos de cada elemento como complementares; *vi*) usar estratégias de avaliação consistentes com as abordagens académicas e da comunidade, incluindo todos os parceiros na análise de resultados e divulgação de informação; *vii*) estar ciente da maturação da parceria e dos períodos de transição.

CAPÍTULO 3 – PERSPETIVAS DE INTERVENÇÃO POLÍTICA

Além da identificação das opções teóricas de contextualização do problema social do envelhecimento, o tratamento das questões que levam ao desenvolvimento desta investigação exige uma reflexão crítica que circunde as soluções relativas à provisão de serviços que ajudem as pessoas a envelhecer bem. Interessando-nos, fundamentalmente, perceber de que forma um conhecimento aprofundado dos processos sociais pode informar e orientar o sentido das políticas, para que congreguem os papéis dos diferentes parceiros na comunidade e procurem alcançar ou melhorar o bem-estar da população que envelhece.

Ao longo do tempo, temos assistido a uma evolução cada vez mais positiva das orientações políticas dirigidas ao envelhecimento. Neste capítulo, daremos continuidade à revisão da literatura, começando por olhar a satisfação com a vida como medida de bem-estar subjetivo, entendendo-a como finalidade da política social dirigida ao envelhecimento. A análise de perspetivas de intervenção migrará, de seguida, para o conceito de “envelhecimento ativo”, tal como proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2002). Considerado um arquétipo inovador, selecionamo-lo como campo propício à análise concertada em torno dos vetores de ordem política, que podem criar as condições para a melhoria das práticas de promoção da saúde e bem-estar das populações que envelhecem. Será igualmente oportuno clarificar as orientações que apontam para a inclusão dos beneficiários em todas as fases do processo de formulação de políticas, descritas no ponto 3.3 sob o título de abordagem participativa.

A fechar este capítulo, propomos uma perspetiva analítica integrada, que acolhe os diferentes contributos referidos. Não iremos reatar as diretrizes já refletidas, mas convém cimentar que esta pesquisa terá presente em toda as suas análises, uma abordagem assente nas ações promotoras de um “envelhecimento ativo” ao nível da governança local, não perdendo de vista o objetivo do bem-estar das pessoas ao longo do processo de envelhecimento.

3.1. A PERSPETIVA DE *WELLBEING*

Já referimos ao longo desta revisão que as políticas dirigidas ao envelhecimento, quer sociais, de saúde ou mesmo económicas, investem no sentido do melhorar o bem-estar das pessoas ao longo da vida, preocupando-se sobretudo com os mais velhos. O bem-estar subjetivo tem sido

foco de um debate situado no espaço das políticas públicas, como aspiração societal decisiva para as estratégias de saúde pública e promoção de um “envelhecimento ativo” e saudável, nos países desenvolvidos. À medida que a longevidade aumenta e a medicina avança com o tratamento de doenças, cresce a importância da manutenção do bem-estar nas idades mais avançadas (Stephoe, Deaton & Stone, 2015).

O bem-estar das pessoas pode ser entendido e medido através de diversas formas e indicadores, podendo subdividir-se em *i)* bem-estar psicológico, *ii)* bem-estar subjetivo. O bem-estar subjetivo acentua a importância de se avaliar a experiência subjetiva da vida, em oposição a uma avaliação das condições de vida propriamente ditas. A medição do bem-estar subjetivo abrange dois componentes principais: *i)* os afetos, incluindo emoções negativas e positivas; *ii)* uma componente cognitiva denominada de satisfação com a vida (Berg, 2008). Para esta investigação, interessa-nos, sobretudo, a satisfação com a vida como indicador de um envelhecimento com bem-estar, definida por Diener (1984, cit. por Berg, 2008:3) como: “uma avaliação global julgamento cognitivo da vida, que pode ser influenciada pelos afetos mas não é, por si só, uma medida direta da emoção”. Esta forma de medir a componente cognitiva do bem-estar subjetivo trata de um conceito, entre muitos outros existentes, que reflete as condições de uma vida boa e está, igualmente, relacionado com o conceito qualidade de vida, envolvendo julgamentos subjetivos dos indivíduos sobre a qualidade das suas vidas (Veenhoven, 1991). A abordagem avaliativa é baseada numa avaliação global da vida e é medida na sua forma mais crua, simplesmente perguntando às pessoas em que medida estão satisfeitas com a sua vida.

As investigações sobre o bem-estar subjetivo subdividem-se em duas perspetivas:

i) As abordagens *bottom-up* enfatizam circunstâncias objetivas e constroem-se com o pressuposto que são as condições contextuais as mais influentes da satisfação com a vida. Algumas destas abordagens tratam de fontes de contexto como circunstâncias da vida e julgamento individual, outras exploram a satisfação com a vida como uma soma de experiências agradáveis e desagradáveis. É nesta perspetiva que têm lugar os estudos que exploram a influência da saúde, estado civil, economia ou rede social na satisfação com a vida (Campbell, Converse & Rodgers, 1976).

ii) As perspetivas *top-down* incidem sobre as características individuais, indicando que são os traços de personalidade que predispõem o nível de satisfação com a vida (Berg, 2008). Dentro das teorias *top-down*, a teoria da adaptação constata que os eventos de vida

importantes, tais como a alteração dos rendimentos, estado civil e estado de saúde apenas têm efeitos a curto prazo sobre a satisfação com a vida. Isto porque a discrepância entre as aspirações e as circunstâncias da vida real é reduzida quando o indivíduo se adapta às novas condições e, como resultado, a satisfação com a vida retorna ao nível previamente fixado. No entanto, esta teoria é criticada pelas descobertas de uma adaptação incompleta após determinados acontecimentos da vida, como transições conjugais e deficiência, além de grandes diferenças individuais no grau de adaptação (Berg, 2008).

Os defensores da integração destas duas abordagens (*bottom-up* e *top-down*) acreditam que a satisfação com a vida reflete tanto as circunstâncias de vida objetivas como a percepção das mesmas. Querem dizer que a estabilidade das circunstâncias corresponde a uma estabilidade no nível de satisfação com a vida (Brief, Butcher, George & Link, 1993; Schimmack, Diener & Oishi, 2002). Posto isto, aceitamos que Berg (2008) conclua que a satisfação com a vida na velhice está relacionada com medidas objetivas e avaliações subjetivas, além das características psicológicas do indivíduo.

O conceito de “satisfação com a vida” tem constituído um objeto de investigação em gerontologia, por ser suscetível a mudanças contextuais e depender da percepção e interpretação das próprias pessoas (Chehregosha *et al.*, 2016). Por isso, a pesquisa empírica tem revelado esforços no sentido de identificar preditores da satisfação com a vida. A evidência ocupa-se em conhecer o que pode estar relacionado com a satisfação com a vida na velhice (Berg, 2008), sabendo-se que é afetada por variáveis como o suporte social, os recursos/ rendimentos, a participação em atividades de lazer, a saúde, entre outras (Chen, 2001). De facto, durante o processo de envelhecimento ocorrem desafios que exigem uma reorganização da vida individual, o que torna a satisfação com a vida uma questão importante (Fonseca, Teixeira & Paul, 2011). Ao estudar a satisfação com a vida dos mais velhos não podemos, então, negar a ocorrência de alterações relacionadas com o processo de envelhecimento.

Os estudos transversais que procuraram clarificar o impacto da idade na satisfação com a vida são contraditórios. Uns mostram que a satisfação com a vida é estável ao longo da vida, não encontrando relação com a idade. Outros consideram que a idade tem, de facto, um impacto significativo na satisfação com a vida. Por motivos diversos, algumas investigações relatam que a satisfação com a vida diminui com a idade, associando o impacto negativo da idade na satisfação com a vida a perdas sociais, físicas ou psicológicas que ocorrem na velhice, a uma saúde debilitada, a depressão ou a baixos rendimentos. Na outra extremidade, estudos

constatam uma relação positiva entre a idade e a satisfação com a vida, concluindo que as pessoas mais velhas são, na generalidade, saudáveis e bem-ajustadas reportando um aumento de bem-estar (Berg, 2008; Fonseca *et al.*, 2011).

Quanto a estudos longitudinais, Mroczek e Spiro (2005) encontraram uma diminuição na satisfação com a vida nas idades muito avançadas (numa amostra de idade média de 40 anos, idade máxima 85 anos), embora acompanhada de grandes diferenças individuais em termos de quantidade de mudança. Assim, mesmo que haja uma tendência para o declínio da satisfação com a vida, os autores transmitem-nos que devemos reconhecer a heterogeneidade nessas trajetórias. Já Berg *et al.* (2009) investigou o padrão geral de mudança na satisfação com a vida ao longo de 6 anos de idosos com 80 e mais anos, mostrando que o nível de satisfação com a vida diminuiu com uma magnitude similar. Dado que há um aumento da morbilidade e das perdas psicossociais nas idades mais avançadas, a satisfação com a vida pode diminuir de forma mais homogênea na faixa etária de 80 e mais anos (Berg, 2009).

Berg (2008) considera ainda que a distância da morte representa uma medida alternativa à idade, com repercussões nas alterações psicológicas no fim da vida. Explica que as mudanças relacionadas com a idade cronológica que ocorrem na satisfação com a vida incorporam efeitos relacionados com a mortalidade, uma vez que os indivíduos com 80 e mais anos estão mais perto da esperança de vida. Estas declarações vão ao encontro do estudo de Mroczek e Spiro (2005) onde os indivíduos que morreram dentro de um ano mostravam um declínio mais acentuado na satisfação com a vida. Também Gerstorf *et al.* (2008) confirmaram estas mudanças da satisfação com a vida associadas à distância da morte, identificando um declínio nos últimos quatro anos antes da morte.

O quadro específico de género no envelhecimento atribui às mulheres um maior número de problemas de saúde que aos homens. A literatura da Psicologia diz também que as mulheres têm um controle interno mais baixo, relatam mais frequentemente solidão, são mais propensas a tornarem-se viúvas e, especialmente nas coortes mais velhas, estão expostas a oportunidades desiguais (Berg, 2008). Factos como estes poderiam levar-nos a especular diferenças na satisfação com a vida entre homens e mulheres mais velhos. No entanto, os estudos encontram apenas pequenas diferenças ao nível do bem-estar psicológico, indicando uma tendência para o aumento destas diferenças nas coortes mais jovens, onde as aspirações mais altas aumentam a discrepância em relação às classificações reais, reduzindo a satisfação com a vida (Berg, 2008). Além disso, outros fatores podem associar-se às diferenças na satisfação com a vida de homens

e mulheres. Nagata (1999, cit. por Berg, 2008) descobriu que o bem-estar subjetivo nas mulheres está associado à saúde e às atividades da vida diária, enquanto nos homens se relaciona com fatores como a força de apreensão, passatempos e oportunidades sociais.

Quando a evidência dirigida ao estado civil e sua relação com a satisfação com a vida, alguns estudos transversais sugerem uma associação positiva entre o casamento e o bem-estar em termos de traços de personalidade de pessoas que vivem relacionamentos duradouros (Mastekaasa, 1992, cit. por Berg, 2008). Por outro lado, as investigações longitudinais indicam que os traços de personalidade não contabilizam toda a associação (Johnson & Wu, 2002). Outros estudos dizem que os efeitos do casamento e do luto são os únicos eventos da vida que influenciam o nível de satisfação com a vida positivamente ou negativamente. A morte do cônjuge tem, de facto, um impacto negativo a longo prazo na satisfação com a vida das pessoas mais velhas, sendo os homens particularmente mais afetados pela perda do cônjuge (Berg, 2008). Berg *et al.* (2009) consideraram que, em relação às cortes da primeira metade do séc. XX, os homens têm na sua esposa a única confidente íntima e são mais afetados pela viuvez por estarem menos acostumados a cuidar das tarefas domésticas. A viuvez traz, assim, dificuldades práticas adicionais à perda psicossocial. Os autores consideram que esta é também a explicação para os efeitos da viuvez serem menos distintas nas cortes mais jovens.

Almeida (2009) chama a atenção para o impacto da saúde na satisfação com a vida das pessoas mais velhas, revelando que as queixas de saúde não são suficientes para produzir um discurso global de satisfação com a vida. Para a autora, importa considerar a dimensão contextual física e social. Os estudos mostram que a saúde dos indivíduos está intimamente relacionada com a satisfação com a vida dos mais velhos, em termos de autoavaliação de saúde e não tanto de medidas de saúde baseadas em medicamentos prescritos. Apesar de vários estudos transversais identificarem uma relação positiva entre saúde autoavaliada e satisfação com a vida, esta não foi confirmada em estudos longitudinais (Mroczek & Spiro, 2005; Berg, 2008).

Em termos de medidas objetivas de saúde, várias investigações concluíram que nos grupos etários 60-70 anos e 70-80 anos, os mais saudáveis estavam mais satisfeitos com a vida, enquanto nos indivíduos com 80 e mais anos esta relação enfraquece (Berg, 2008). Da leitura desses estudos Berg (2008) conclui que as medidas objetivas de saúde tornam-se menos importantes para a satisfação com a vida com o aumento da idade, considerando que as experiências de saúde parecem estar mais fortemente relacionadas com a satisfação com a vida do que com medidas quantitativas e médicas de saúde. Várias críticas e limitações levantam-se

a estes estudos de medidas médicas de saúde por se basearem no número de doenças, sabendo-se que o número de diagnósticos pode ser menos relevante que o tipo de diagnóstico em questão, devendo antes considerar-se o impacto de diagnósticos específicos que frequentemente afligem a população idosa. Quanto a estes estudos com diagnósticos específicos que oferecem medidas mais precisas da relação da saúde na satisfação com a vida, Grimby e Rosenhall (1995) e Berg (2008) concluíram que as vertigens, angina e incontinência urinária eram os diagnósticos associados a menores níveis de satisfação com a vida numa amostra de idosos com 70 anos.

No setor da saúde mental, os sintomas depressivos parecem estar relacionados com a satisfação com a vida, mas o padrão de associações e a direção ao longo do tempo é, ainda, incerto, havendo estudos que associam a uma menor satisfação com a vida na velhice mas cujos resultados não são confirmados em termos longitudinais (Berg, 2008). No entanto, Altun e Yazici (2015) afirmam que a satisfação com a vida pode prever significativamente sintomas depressivos em idosos, na medida em que os estudos demonstram uma correlação negativa entre os níveis de satisfação com a vida e a depressão entre os idosos; outros determinam que o risco de depressão era 1,91 vezes maior em indivíduos com níveis baixos de satisfação com a vida.

A noção de que um bem-estar subjetivo mais negativo está associado ao aumento de doenças não é nova, mas percebemos agora que o bem-estar subjetivo positivo pode ser um fator protetor de saúde, reduzindo o risco de doença física e promovendo a longevidade (Steptoe *et al.*, 2015). Algumas investigações mostram que nas pessoas com 60 e mais anos, bem como em idades muito avançadas, a manutenção da capacidade funcional na realização das atividades da vida diária (AVD) está associada positivamente à satisfação com a vida. Também a preservação do funcionamento cognitivo está relacionada de forma positiva com a satisfação com a vida na idade avançada, sobretudo nos homens (Berg, 2008).

Além de se relacionar com a saúde, o bem-estar subjetivo depende de outros fatores que se vão alterando ao longo do processo de envelhecimento, como as condições materiais, as relações sociais e familiares, os papéis e as atividades sociais (Steptoe *et al.*, 2015). Os recursos pessoais foram já estudados como circunstâncias que importam mais na satisfação com a vida dos mais velhos, sugerindo-se que não se está mais feliz quanto mais dinheiro se recebe. A influência do *status* socioeconómico no bem-estar subjetivo dos adultos traduz-se numa associação relativamente estreita, na medida em que as pessoas mais velhas que ajustaram as suas necessidades e desejos à redução dos rendimentos mantiveram o nível de bem-estar (Pinquart

& Sorensen, 2000, cit. por Berg, 2008). Não obstante, a medida de rendimento deve ter em consideração os custos domésticos, pois um determinado nível de rendimento pode ter de suprir custos domésticos desiguais, de forma que a satisfação financeira pode representar uma medida alternativa à situação financeira na avaliação da segurança financeira. Nesta perspetiva, uma menor satisfação financeira está significativamente relacionada com uma menor satisfação com a vida (Berg, 2008; 2009).

Há razões para acreditar que as redes sociais desempenham um papel essencial para a satisfação da vida dos mais velhos. A evidência diz que a qualidade da rede social tem sido repetidamente considerada um marcador poderoso da satisfação com a vida (Berg, 2009), e que maiores níveis de satisfação inicial com a rede social estão relacionados com maiores níveis iniciais de satisfação com a vida (Berg *et al.*, 2009). Apesar destas conclusões, as pesquisas dizem que a frequência dos contatos sociais é ainda mais importante e, embora a frequência de contatos sociais diminua com o avançar da idade, a satisfação com a rede social tende a aumentar, o que expressa diferenças individuais, como a necessidade ou não de apoio (Berg, 2008). Importa aqui sublinhar a importância de recursos de apoio como a família, que constituem critérios de satisfação com a vida e que os idosos que vivem sozinhos experimentaram baixos níveis de satisfação com a vida. As relações interpessoais nas famílias são eficazes na contenção do *stress* e da ansiedade e no desenvolvimento de sentimentos de intimidade e segurança, conduzindo assim a efeitos positivos sobre a satisfação de vida entre os idosos (Chehregosha *et al.*, 2016).

Outros fatores foram ainda estudados. No que respeita à participação e serviços, Fonseca *et al.* (2011) citam Glass *et al.* (1999) para dizerem que a participação em diversas atividades melhora a satisfação com a vida. Essa participação inclui atividades que promovem atividade física, social e produtiva (ex.: jardinagem, compras...). Em relação às características territoriais, Fonseca, Paúl e Martin (2008) estudaram a relação entre a satisfação com a vida de pessoas idosas residentes na comunidade e outras variáveis, verificando diferenças estatisticamente significativas entre as populações rurais e urbanas. Os moradores urbanos tinham uma atitude mais negativa em relação ao envelhecimento. Contudo, embora produzam diferenças em termos de rede e apoio social, bem como autonomia das pessoas, estas diferenças não se refletem na satisfação com a vida. Acentua-se, assim, a existência de aspetos universais da vida relacionados ao processo de envelhecimento, acima referidos. Neste estudo de satisfação com a vida em idosos a viver na comunidade, Fonseca *et al.* (2008) corroboram com as conclusões já referidas acima: não concluíram diferenças significativas em termos de grupo etário, mas sim em relação ao género com as mulheres menos satisfeitas, sendo os indivíduos casados os mais

satisfeitos. Acrescentam ainda outros fatores como: *i*) a percepção de saúde, rendimento, amigos, confidentes e gênero, preditores da solidão e insatisfação; *ii*) os amigos, rendimento e família como preditores da atitude em relação ao envelhecimento pessoal; e *iii*) a percepção de saúde, gênero e família, como preditores da agitação/ansiedade.

Chehregosha *et al.* (2016) descrevem estas influências na satisfação com a vida dos mais velhos em relação à saúde, comunicação interpessoal, estatuto socioeconómico e ainda educação. O nível de escolaridade foi constituído fator influente da satisfação com a vida das pessoas idosas, na medida em que um nível mais alto de educação proporciona melhores condições económicas, laços sociais mais fortes, um sentimento de eficácia e uma visão realista dos processos vitais, que podem afetar a satisfação de vida (Chehregosha *et al.*, 2016). Tal como dizem Onishi *et al.* (2010), a satisfação com a vida é uma questão multidimensional que depende de muitas características objetivas e subjetivas, incluindo funções cognitivas, condição emocional, suporte social, condição física e independência, bem como variáveis sociodemográficas.

3.1.1. ÍNDICE DE SATISFAÇÃO COM A VIDA (ISV)

A satisfação com a vida permite-nos saber quão satisfeitos ou insatisfeitos os indivíduos estão com aspetos da sua vida (Fonseca *et al.*, 2008). Tal como refere Berg (2008), uma imagem válida de satisfação com a vida de uma determinada população requer a aplicação de instrumentos ajustadas às características da população em questão. A mesma autora acrescenta que para se estudar a satisfação com vida na velhice são necessários métodos capazes de lidar com uma população que está longe de ser homogénea, considerando os fatores influentes que podem estar subjacentes a mudanças.

O *Inventory of Life Satisfaction* (ILS) (Fonseca, Teixeira & Paúl, 2010) firma-se não apenas nas variáveis individuais como também nas ecológicas e ambientais que afetam a satisfação com a vida. A sua estrutura é dividida em três fatores influentes principais: *i*) saúde e segurança, *ii*) serviços e recursos e *iii*) residência e sociabilidade.

Para o validar para a população portuguesa com 65 e mais anos, Fonseca *et al.* (2011) levaram a cabo um estudo com 1321 participantes com idades compreendidas entre os 50 e os 101 anos, residentes em Portugal, a viver na comunidade. O estudo obteve uma boa consistência interna avaliada através do alfa de Cronbach (0,83). Não se encontraram diferenças significativas no *score* total entre homens e mulheres, mas sim entre os três fatores: recursos, saúde e segurança. Relativamente à idade, encontraram diferenças significativas entre os grupos nos fatores saúde

e segurança. Quanto ao estado civil, mostrou diferenças no total de todos os scores e entre grupos relativos à residência e sociabilidade. Por último, o estudo revelou diferenças significativas na educação em todos os *scores* e para os três fatores analisados. Tendo em conta o alto alfa de *Cronbach* e as diferenças de resultados na maioria das variáveis consideradas, os autores concluíram que os três fatores propostos providenciam uma descrição adequada das propriedades psicométricas do ILS para a população portuguesa. Assim, os Serviços e Recursos, Saúde e Segurança, e Residência e Sociabilidade podem ser usados como determinantes da satisfação com a vida na população mais velha.

O ILS está, então, disponível na versão portuguesa como Índice de Satisfação com a Vida (ISV), capaz de medir a satisfação com a vida dos portugueses mais velhos. A pertinência do uso deste instrumento é extensível às políticas públicas, pois, segundo Fonseca *et al.* (2011) a política de promoção da satisfação com a vida dos mais velhos deve ser baseada no conhecimento das condições psicológicas, sociais, económicas, de saúde e contextuais do processo de envelhecimento.

3.2. *ACTIVE AGEING*. UM PARADIGMA DE INTERVENÇÃO

Com o crescimento da dimensão do problema social de envelhecimento, as políticas públicas requerem orientações capazes de as guiar para uma intervenção eficaz ao nível das necessidades emergentes. Assim que foi constituído um problema público, o envelhecimento surgiu nas agendas políticas e evidenciaram-se estratégias supranacionais orientadas para responder às necessidades que aquele impõe. Os discursos europeus e mundiais interligam-se e influenciam a elaboração de políticas ao nível da UE, nacional e local (Walker, 2008). Ao mesmo tempo, o sucesso de medidas como os sistemas de pensões da UE na redução da pobreza na velhice facilitou o crescimento do consumo entre jovens e idosos saudáveis, o que, por sua vez, começou a retirar os rótulos de pobreza e dependência colocados no envelhecimento (Walker, 2008). Ao longo dos anos, o desenvolvimento de políticas direccionadas para o envelhecimento, vão emergindo perspectivas positivas de envelhecimento e velhice, numa tentativa de mudança de paradigma, e vários conceitos produzidos no sentido de dirigir as intervenções.

Estas políticas internacionais traçam a sua origem dentro das diretrizes da promoção da saúde, num âmbito baseado pela definição de saúde da OMS em 1948 como: “um estado completo de bem-estar físico, social e mental, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (Kenzer,

1999:202). Lembremos, depois, o potencial da Declaração de Alma-Ata de 1978 afirmando que a saúde é um direito humano fundamental, apelando a uma ação multisectorial para proteger e promover a saúde para todos. Esta declaração destaca o valor dos cuidados de saúde primários e sugere que a ação sobre a saúde deve focar-se na prevenção de doenças e lesões, bem como no abastecimento de água e saneamento. Enfatiza, portanto, a importância das intervenções não-médicas para uma boa saúde (Kenzer, 1999). Em 1986, a Carta de Ottawa articula um quadro de ação para promover a saúde, detendo orientações para atingir saúde para todos no ano 2000 e seguintes. Considera-se que a promoção da saúde está para além da prestação de cuidados de saúde, tratando-se de “um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (WHO, 1986: 1). Neste sentido, implica o reforço das competências e capacidades dos indivíduos, bem como a mudança das condições sociais, ambientais e económicos insatisfatórios, a fim de aliviar o seu impacto na saúde pública e individual, argumentando que “para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio” (WHO, 1986: 1). Verifica-se, portanto, que já nesta altura se dá relevância aos fatores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos que, no seu conjunto, podem ser favoráveis ou nocivos à saúde (WHO, 1986). Falamos das políticas de envelhecimento saudável intimamente relacionadas com os pilares da promoção da saúde. A promoção da saúde tem um papel importante no sentido de garantir um envelhecimento saudável, podendo evitar muitas doenças na velhice e assegurar que idosos com deficiências e doenças crónicas possam permanecer ativos e independentes, evitando a institucionalização (Healthy Aging Project, 2007).

No início dos anos 1990 a Comissão Europeia estabeleceu o observatório para o estudo do impacto das políticas nacionais no envelhecimento e nas pessoas mais velhas. O trabalho do observatório foi precursor de questões que viriam mais tarde a dominar os discursos de envelhecimento na EU, como o tema do emprego e dos trabalhadores mais velhos (Walker, 2008). Nesta altura, a investigação europeia começava a incidir numa nova abordagem que, embora reconhecesse a necessidade de medidas corretivas, enfatizava a importância de uma estratégia global de prevenção e gestão da idade, operando ao longo do curso de vida (Ilmarinen, 2010; Lindley *et al.*, 2006).

Em 1993, o *Ano Europeu dos Idosos* representou a primeira proclamação ao nível dos elementos chave do novo discurso participativo e ativo sobre o envelhecimento. Impulsionou uma vasta gama de organizações e teve como um dos temas importantes a solidariedade intergeracional, que desde então tem sido constantemente promovida pela Comissão Europeia (Walker & Maltby, 2012; Walker, 2008).

O marco seguinte foi em 1999 com o *Ano das Pessoas Idosas* da ONU, contribuindo para o discurso europeu do “envelhecimento ativo” e da gestão da idade, alertando, ainda, para desafios globais e crescentes que a Europa enfrentava relativos à tentativa de reverter a saída precoce do mercado de trabalho (Walker, 2008). Neste mesmo ano, a Presidência Finlandesa na cimeira de Helsínquia enfatizou o envelhecimento na força de trabalho e no emprego, destacando a necessidade de aumentar a taxa de emprego dos trabalhadores mais velhos. Neste sentido, a Comissão Europeia propôs uma nova diretiva que proíbe a discriminação no emprego, nomeadamente por razões de idade (Walker, 2008).

Em Março de 2000, o Conselho de Lisboa deu o passo decisivo para estabelecer uma estratégia de dez anos para tornar a Europa na economia mais baseada no conhecimento, mais competitiva e dinâmica do mundo. Mais uma vez, o foco principal do envelhecimento incidiu sobre o emprego e, em termos específicos, a estratégia era alcançar o pleno emprego na UE até 2010. Na sua estratégia Europa 2020, também a Comissão Europeia reiterou objetivos semelhantes (Walker & Maltby, 2012; Walker, 2008).

O passo seguinte foi tomado na Cimeira de Estocolmo em Março de 2001, fixando em 50% a meta para a taxa de emprego dos trabalhadores mais velhos. Notando-se, porém, uma ênfase política principalmente produtivista, centrado no emprego, ao invés do envelhecimento ativo. Na Cimeira de Laeken em 2001 os discursos políticos sobre o envelhecimento em matéria de pensões ascendem ao primeiro plano, com objetivos comuns para alcançar pensões adequadas, sustentáveis e adaptáveis, enfatizando os encargos públicos e a privatização. Aumentar a taxa de emprego dos trabalhadores mais idosos foi uma das políticas-chave para alcançar a sustentabilidade do sistema de pensões (Walker, 2008). Em Março de 2002, o Conselho Europeu de Barcelona, foca-se novamente nos trabalhadores mais velhos, mas desta vez em termos de oferta de trabalho e a sustentabilidade do sistema de pensões. O Livro Verde de 2005, ecoando a Cimeira Informal de Hampton Court em Outubro de 2005, salientou os desafios do envelhecimento demográfico da população e reconhece que o “envelhecimento ativo” deve ter um alcance mais vasto que o emprego.

Em suma, o discurso político sofreu uma evolução a favor de perspectivas mais positivas. Apesar de vários descritores continuarem a ser utilizados na literatura para explicar o processo de envelhecer bem, incluindo o envelhecimento saudável, bem-sucedido e ainda o produtivo, robusto (Teixeira & Neri, 2008) e ótimo, em 2002 o conceito de envelhecimento bem-sucedido veio a ser substituído pela OMS pelo conceito de “envelhecimento ativo”. Numa perspectiva científica, o “envelhecimento ativo” pode ser considerado como um conceito que abraça um espaço semântico onde o envelhecimento saudável, bem-sucedido ou produtivo estão fortemente relacionados (Fernández-Ballesteros, Robine, Walker & Kalache, 2013).

Enquanto paradigma de intervenção para as políticas públicas, o “envelhecimento ativo” é definido pela OMS como o “processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento” (WHO, 2002:12). Capaz de contrariar ou inverter as tendências nefastas das novas transformações demográficas, com potencialidades ao nível da política local, tem por objetivo promover a integração, segurança e saúde dos que envelhecem (WHO, 2002). Pode ser entendido como um objetivo global, como um conceito político e tem sido ainda convertido num mantra nas sociedades envelhecidas (Fernández-Ballesteros *et al.*, 2013). Contudo, a literatura debate-se em torno do conceito e não é consensual. Muitas vezes, o termo é usado como sinónimo de noções sutilmente divergentes, descrevendo diversos pontos de vista sobre o “envelhecimento ativo” (Boudiny, 2012).

As abordagens unidimensionais adquirem um único foco como por exemplo as iniciativas no âmbito da atividade física de promoção da prática de exercício físico pelas pessoas mais velhas (Boudiny, 2012). Inclui-se ainda neste tipo de abordagem as atividades de envelhecimento ativo reduzidas a uma orientação económica e do emprego. Trata-se da perspectiva de envelhecimento produtivo, que passa pela promoção de vidas de trabalho mais longas. Desenvolvido nas últimas décadas do séc. XX, o conceito de envelhecimento produtivo destaca como ativos os cidadãos que contribuem para as suas comunidades (Lloyd *et al.*, 2014).

Em 2001 foi introduzida uma orientação específica do “envelhecimento ativo” através de um discurso que transformou a investigação e o debate político na necessidade de uma estratégia global medindo as atitudes sociais, a manutenção da capacidade para o trabalho, flexibilidade do emprego e otimização da experiência dos trabalhadores mais velhos como recurso para o negócio (Walker & Maltby, 2012). Esta estratégia sugere que os Estados-membros desenvolvam políticas de “envelhecimento ativo” através da adoção de medidas que

mantenham a capacidade de trabalho e as competências dos trabalhadores mais velhos, introduzam regimes de trabalho flexíveis e aumentem a sensibilização dos empregadores para o potencial do trabalhador mais velho. É igualmente desejável garantir que os trabalhadores mais velhos têm acesso à educação e formação, com o objetivo de eliminar os desincentivos e criar incentivos para que eles permaneçam ativos no mercado de trabalho (Comissão Europeia, 2001). Refletindo esta tendência produtivista, aumentar a taxa de emprego dos trabalhadores mais velhos foi uma política fundamental para alcançar a sustentabilidade do sistema de pensões. Esta compreensão de “envelhecimento ativo” é ainda expressa nas declarações do Conselho Europeu (European Council, 2010). Assistiu-se a uma evolução do discurso político europeu em matéria de “envelhecimento ativo” que enfatizava uma abordagem economicista e produtivista centrado na política de emprego e de ampliação da participação no mercado de trabalho para além da reforma.

Outras perspetivas são multidimensionais, referindo-se à participação contínua dos idosos em diferentes domínios da vida: *i*) em atividades produtivas economicamente e socialmente, *ii*), incluindo atividades de lazer; *iii*) considerando as atividades que exigem esforço físico e/ ou mental e atividades sociais ou *iv*) descrevendo o conceito como uma projeção social e individual combinada com a participação contínua no mercado de trabalho, a contribuição ativa para tarefas domésticas, eventos comunitários e atividades de lazer. Encontram-se ainda diferentes perspetivas que substituem a mera componente comportamental e inclui aspetos como as condições de saúde e económicas (Boudiny, 2012).

A proposta da OMS de “envelhecimento ativo” formulada no documento publicado pela OMS em 2002, *“Active ageing. A policy framework”* (WHO, 2002) enfatiza a cidadania, destacando que o desafio global do envelhecimento demográfico exige uma resposta política holística, compreendendo uma série de fatores que contribuem para o bem-estar em termos políticos, incluindo qualidade de vida, bem-estar mental e físico, bem como a participação (Walker, 2002a). Não surpreendentemente, a abordagem é fortemente orientada para a saúde, mas através de uma visão extremamente dilatada (Walker, 2008). Nesta perspetiva, a promoção do “envelhecimento ativo” pretende que todas as pessoas possam canalizar os seus recursos para usufruírem de um envelhecimento saudável, ao longo do ciclo de vida, caracterizado por bem-estar físico, social e psicológico, exercendo uma participação continuada na sociedade. O seu modelo teórico baseia-se na definição de três pilares: saúde, participação e segurança (WHO,

2002), sendo a partir destes vetores que se definem os parâmetros que deverão ser alvo de intervenção com o objetivo de potenciar o bem-estar biopsicosocial.

Mas, a concretização de um “envelhecimento ativo” está dependente da interação de vários determinantes que envolvem os indivíduos e a comunidade. Entre eles, a cultura e o género são considerados fatores transversais e necessários na identificação das condições em que decorre a vida dos indivíduos. Para além destes, são descritos determinantes sociais, económicos, comportamentais e pessoais, o ambiente físico, os serviços sociais e de saúde (WHO, 2002). Compreender as evidências que temos sobre os determinantes facilita a conceção de políticas e torna os programas mais eficientes. Não é possível atribuir causalidade direta a qualquer determinante mas, no seu conjunto, o que determina a saúde sugere que todos estes fatores (e a interação entre eles) são bons indicadores de como os indivíduos e as populações envelhecem. Mais pesquisas são necessárias para compreender as interações na complexidade que representa o processo de envelhecimento.

É esta visão abrangente que recebe a concordância da European Commission (2002) ao entender as práticas de “envelhecimento ativo” como vencedoras para todas as idades, podendo melhorar não só o bem-estar individual como o social, em geral, através de uma maior força de trabalho, aumento de produção e menor encargo com a dependência. Também a OCDE (2000), embora sob uma expressão económica, define “envelhecimento ativo” em termos económicos como a capacidade das pessoas envelhecerem e continuarem a exercer uma vida produtiva na sociedade e na economia, o que significa que as pessoas possam fazer escolhas flexíveis nas diversas atividades em que ocupam o seu tempo. Um projeto de “envelhecimento ativo” deve ainda basear-se no reconhecimento dos direitos humanos e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização, estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (WHO, 2002), cujo sucesso passa também por implementar uma estratégia de comunicação que construa a consciência sobre os benefícios de uma vida ativa (Edwards & Tsouros, 2006).

É este conceito que sustenta medidas políticas adotadas em vários países e regiões como os trabalhos relativos ao projeto “As Cidades Amigas das Pessoas Idosas” (WHO, 2007). Ao considerar oito domínios que abordam os fatores ambientais e sociais _espaço público e construído, transportes, habitação, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação, suporte comunitário e serviços de saúde_ o projeto define cidade amiga das pessoas idosas como a que “adapta as suas estruturas e serviços

de modo a que incluam e sejam acessíveis a pessoas mais velhos com diversas necessidades e capacidades” (WHO, 2007:1). Quer isto dizer que oferece um ambiente de apoio que permite que os residentes a envelhecer ativamente dentro das suas famílias, bairros, e sociedade civil, proporcionando amplas oportunidades para a participação na comunidade (Fitzgerald & Caro, 2014).

Um projeto *age friendly* determina como as características de *design* do ambiente construído pode apoiar a mobilidade de adultos mais velhos (Yen & Anderson, 2012). Como refere Neal, DeLaTorre e Carder (2014), constituem políticas fulcrais na questão de planeamento, por terem em conta os impactos da habitação, transporte, bairro e outros tópicos, na saúde. A abordagem para lidar com os impactos do planeamento urbano na saúde difere de iniciativas políticas tradicionais para idosos, tais como as políticas de saúde ou cuidados de longa duração, que são projetadas para atender às necessidades individuais. As diretrizes para projetar bairros e habitações acessíveis, atendendo ao trânsito e às questões de mobilidade, e respeitando as necessidades das pessoas mais velhas, podem resultar num envelhecimento saudável nas comunidades (Neal *et al.*, 2014). Com início no ano 2010, a *WHO Global Network of Age-Friendly Cities* conta com 10 programas filiados e mais de 145 cidades-membros, entre os 22 países que aderiram. A rede oferece às cidades a oportunidade de estabelecerem parcerias entre si, por meio de uma plataforma. Cada cidade tem de completar um ciclo de 5 anos focado essencialmente nos recursos e domínios que contribuem para as estruturas e serviços acessíveis e inclusivos para as pessoas mais velhas (Fitzgerald & Caro, 2014). De acordo com Garon *et al.* (2014) esta rede expandiu-se consideravelmente e as iniciativas para adaptar e construir ambientes têm aumentado a consciência entre os decisores políticos para responder aos desafios do envelhecimento populacional.

Reforçadas pelo envelhecimento ativo, merecem ainda destaque estratégias como o “Movimento Cidades Saudáveis” (WHO, 2014) por reconhecer a importância da dimensão urbana no desenvolvimento da saúde e o papel central do governo local. Aliás, determina que uma cidade saudável e ativa deve criar e melhorar as oportunidades de ambiente social e construído, expandindo os recursos comunitários para que todos os cidadãos possam ser fisicamente ativos, realizar todas as atividades e alcançar o seu máximo potencial (Edwards & Tsouros, 2006).

Kenzer (1999) conferiu a literatura sobre as cidades saudáveis, mais especificamente as tentativas dos governos municipais, organismos internacionais, ONGs e organizações

comunitárias para melhorar a saúde nas cidades. Concluiu que, geralmente, são iniciadas pelas autoridades com o reconhecimento de que para serem eficazes, em primeiro lugar devem mobilizar os grupos de cidadãos, ONGs e empresas privadas e, em segundo lugar, devem envolver uma ação coordenada entre diversos setores. O movimento Cidades Saudáveis trata de uma conexão entre as condições de vida urbana e a saúde. Por detrás dele, estão ideias centrais como: *i)* as cidades oferecem um bom ambiente para o desenvolvimento de ações promotoras de saúde, *ii)* a cidade tem um potencial incomparável para a produção de seres humanos saudáveis quando se dá atenção aos valores das pessoas que vivem na cidade. O programa Cidades Saudáveis vê a saúde como atividades que compõem a vida dos indivíduos, famílias, comunidades e cidades. A literatura das cidades saudáveis reflete uma crescente conexão entre as políticas urbanas e de saúde, e os projetos são indicativos de uma tendência para uma abordagem mais holística das políticas de saúde. Embora não seja fornecida uma solução matriz da política de cidades saudáveis, a OMS (WHO, 1995) apresenta um guia para profissionais, constituído por uma descrição passo a passo para a implementação de projetos, dirigido tanto aos seus coordenadores como aos voluntários.

Este movimento reúne os governos locais que desejam aderir e chamar a sua cidade “cidade saudável”, através de um compromisso político, de mudança institucional, capacitação e planeamento baseado em parcerias e projetos inovadores para melhorar a saúde das populações (WHO, 2006). Tornar-se uma cidade saudável envolve o reconhecimento do direito das pessoas de todas as idades viverem um estilo de vida saudável, seguro e socialmente inclusivo, para desfrutarem de igualdade de oportunidades e de tratamento em todos os aspetos. As estratégias para a consecução de uma cidade saudável para todas as idades envolvem atividades como: *i)* fomentar uma atitude positiva para envelhecer ao longo da vida e combater os estereótipos e atitudes negativas relativas ao envelhecimento, *ii)* promover uma maior compreensão entre gerações; e *iii)* adotar uma perspetiva de curso de vida que reconhece a influência da anterior experiência de vida sobre a saúde mais tarde na vida (Healthy Aging Project, 2007).

Ao longo do tempo têm surgido muitas outras iniciativas estruturadas pelo conceito de envelhecimento ativo, nacionais e da criação da Comissão Europeia, generalistas ou direcionadas a grupos e patologias específicas (como os projetos de *Dementia Friendly Communities*⁷). Importa clarificar que para o desenvolvimento e criação de melhores oportunidades e condições do envelhecimento na Europa contribuíram as orientações da União

⁷ Estes projetos podem ser consultados em: <https://www.alz.co.uk/>

Europeia ao designar 2012 como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade Intergeracional. Contribuiu para aumentar a consciencialização cívica e política, identificou e divulgou boas práticas e encorajou os interessados a todos os níveis de governação a promover o “envelhecimento ativo”. Além de criar melhores oportunidades para o crescente número de idosos, pretende atribuir-lhes um papel ativo na sociedade e incentivou parcerias aos níveis nacional, regional, local e da sociedade civil. Foi este ano que deu origem ao desenvolvimento do Índice de Envelhecimento Ativo (AAI) para os países da União Europeia. Os trabalhos tiveram início no *European Centre for Social Welfare Policy and Research* de Viena, cujos estudos prosseguiram no *Centre for Research on Ageing, University of Southampton*. O AAI constitui uma ferramenta que *i)* avalia o potencial inexplorado entre os idosos em várias dimensões do “envelhecimento ativo” e saudável; *ii)* monitoriza o progresso geral e identifica os desafios; *iii)* ajuda as políticas a garantir que os idosos desfrutam de uma vida ativa e saudável; e *iv)* incentiva os decisores políticos a olhar para o “envelhecimento ativo” de forma abrangente, oferecendo uma perspetiva mais ampla da contribuição e do potencial das pessoas mais velhas. Este índice compreende vinte e dois indicadores individuais (centrados na atual geração de idosos, referindo-se sobretudo àqueles com 55 anos ou mais) agrupados em quatro domínios: *i)* emprego; *ii)* participação social; *iii)* vida independente; e *iv)* capacidade para o “envelhecimento ativo” (Zaidi *et al.*, 2013).

Treze anos depois da criação do conceito, num contexto de crescentes desafios demográficos e sociopolíticos, os objetivos e recomendações de “envelhecimento ativo” perduram. O conceito mantém-se pertinente, promissor e conserva o seu lugar no topo das agendas públicas nacionais e locais. Por estas razões, o International Longevity Centre Brazil (ILC-Br, 2015) contemporizou o paradigma num documento de reflexão sobre a proeminência de questões como o prolongamento do tempo de vida, que aqui se denomina de revolução da longevidade. Este novo documento de “envelhecimento ativo” convida-nos inicialmente a uma análise do envelhecimento no contexto de outras tendências globais, com impacto em todas as idades (Bárrios, 2015).

Na verdade, o documento alerta para a dimensão da problemática do envelhecimento populacional como fenómeno que atravessa fronteiras e temáticas da vida humana. I) A urbanização e aumento da proporção de moradores urbanos com 60 e mais anos acarretam riscos de segurança e estilos de vida. Ao mesmo tempo, o fenómeno de êxodo rural da população mais nova resulta num aumento e isolamento dos idosos nas zonas mais

despovoadas. II) A globalização e evolução tecnológica se, por um lado, facilitam as redes sociais, por outro possibilitam o aumento dos estereótipos em relação aos idosos, desvalorizando a capacidade e experiência em detrimento dos novos conhecimentos. Ao nível da saúde, embora expandam o potencial da prevenção de doenças, cuidados domiciliares, autonomia e independência, o acesso aos benefícios da tecnologia é desigual. III) As tendências de migração cruzam o envelhecimento por migrantes que envelhecem nos países adotivos, pessoas mais velhas migram sozinhas ou com os filhos à procura de uma vida melhor ou para fugir aos conflitos/ desastres naturais, e ainda o facto da migração dos filhos adultos poder deixar os mais velhos com menos apoio. IV) As consequências das alterações ambientais e climáticas na saúde e bem-estar, associadas às desigualdades socioeconómicas crescentes colocam as pessoas mais velhas mais suscetíveis a instabilidades ambientais. V) Em situações de conflito de armas, as pessoas mais velhas correm maior perigo devido à reduzida mobilidade necessária numa evacuação. VI) As transições epidemiológicas (diminuição dos riscos para doenças infecciosas, passando as doenças crónicas a ser a principal causa de morte e incapacidade) interseccionam o envelhecimento na medida em que as pessoas passam a viver o tempo suficiente para as doenças crónicas se desenvolverem. VII) O facto da maioria dos países experimentar uma diminuição da pobreza absoluta e um aumento das desigualdades de rendimento influencia a forma como se envelhece. VIII) Por último, a evolução dos direitos humanos que acompanha a evolução das sociedades produz um efeito nas atitudes discriminatórias, comportamentos e políticas (Bárrios, 2015).

No documento ILC-Br (2015) o envelhecimento é enquadrado na perspetiva da corrente teórica de resiliência, definida como “acesso às reservas necessárias para se adaptar, resistir, ou crescer com os desafios encontrados na vida” (Smith *et al.*, 2011). Note-se que as condições de vida dos indivíduos, a saúde, participação, segurança, conhecimento e competências constituem reservas para o crescimento pessoal, bem-estar, qualidade de vida e adaptação ao processo de envelhecimento com as limitações que o tempo impõe. Mas é a construção de comunidades resilientes que vai permitir a existência de pessoas resilientes (Bárrios, 2015).

Sabendo que uma sociedade resiliente deve promover o desenvolvimento de oportunidades ao longo da vida, os autores chamam a atenção para a urgência de ações que substituam as visões ultrapassadas do ciclo de vida, na medida em que o modelo rígido é incongruente com um envelhecimento globalizado, que deve ser referenciado numa perspetiva de longo prazo. Os autores propõem, portanto, repensar o ciclo de vida e a velhice. De facto, a construção social

de velhice que nasceu com a emergência dos regimes de pensões (Fernandes, 1997) determinou um modelo das sociedades industriais com uma organização do ciclo de vida caracterizado em três tempos: *i)* um curto período de aprendizagem/educação, *ii)* um período prolongado de trabalho e *iii)* um período muito breve de reforma, dada a baixa esperança de vida (Guillemard, 2008). Com a combinação de uma vida mais longa e de mudanças sociais, os limites deste modelo tornam-se ténues, com vidas intermitentes entre aprendizagem e emprego (apesar da aprendizagem continuar a predominar nas primeiras décadas da vida, os empregos exigem uma atualização constante de competências e acompanhamento da evolução tecnológica) e períodos mais longos de reforma. Estas reflexões levam-nos ainda a questionar a idade da reforma e a sua definição, tendo em consideração as possibilidades de autoemprego, trabalho a tempo parcial e ciclos de trabalho e lazer, não sendo mais caracterizada como um tempo de incapacidade, mas sim um tempo privilegiado de renovação pessoal, lazer e satisfação (Bárrios, 2015).

No documento que temos vindo a discutir, torna-se especialmente relevante a proposta de um pilar novo. A acrescentar aos pilares saúde, participação e segurança, o ILC-Br (2015) propõe o pilar aprendizagem ao longo da vida, tal como promulgado na *Conferência Internacional sobre o Envelhecimento Ativo* em Sevilha em 2010 (Rodríguez, 2010). O novo componente surge perante o argumento de que o acesso à informação é um elemento vital para o envelhecimento (Keeley, 2007), por influenciar o bem-estar, a empregabilidade, a solidariedade intergeracional e a prosperidade em geral. Este modelo de educação promove oportunidades inovadoras, melhores práticas e uma cultura de aprendizagem ao longo da vida, podendo ser realizado através de atividades estruturadas (workshops, cursos de curta duração, seminários) bem como livremente em casa, no trabalho ou em atividades de lazer. Tratam de estratégias reconhecidas pela Comissão Europeia (Commission of the European Union, 2006) em termos de promoção de uma vida laboral mais longa e uma reforma mais tardia e gradual, que exige o reforço da capacitação dos indivíduos (European Commission, 2002). As respostas devem responder às múltiplas necessidades de aprendizagem: acessibilidade da informação sobre os direitos, alfabetização, literacia em saúde em todas as idades e autocuidados, literacia financeira e inclusão tecnológica, especialmente para os mais vulneráveis. A este respeito, o ILC-Br alerta também para o facto de a vulnerabilidade aumentar entre as pessoas com níveis de escolaridade mais baixos. Investir na formação e educação sobre o envelhecimento bem como incentivar o estudo do envelhecimento nas instituições de escolares em todas as áreas de formação, pode ainda desafiar estereótipos e estigmas, facilitando relações intergeracionais em várias

configurações: dentro da família, na comunidade e no trabalho, valorizando as competências, sabedoria e experiência dos mais velhos (Bárrios, 2015).

O destaque dado no documento ILC-Br (2015) à aprendizagem ao longo da vida, promovendo-a a pilar que sustenta o paradigma de “envelhecimento ativo”, fortalece a visão de ciclo de vida contínuo e flexível. Como explica Fernandes (2016), o crescimento da longevidade perturbou a arrumação e organização da trajetória de vida em formação, atividade e reforma, sendo agora um ciclo mais longo, menos padronizado e mais incerto. A perspectiva de “envelhecimento ativo” da OMS defende, precisamente esta perspectiva de ciclo de vida com contribuições importantes para políticas que se afastam do emprego e circulam em direção a todos os fatores que contribuem para o bem-estar, em defesa da vinculação entre o trabalho, a saúde e a participação. Sublinha a importância crítica de uma perspectiva ao longo da vida, considerando que para prevenir algumas das consequências negativas associadas à idade avançada, é essencial influenciar o comportamento individual e o contexto político nas fases anteriores do curso de vida (Walker, 2008).

Os defensores do envelhecimento ativo reconhecem que as suas políticas devem dirigir-se a todas as gerações (UNESCO, 2006). A proposta integra a adoção de uma abordagem de ciclo de vida, através de uma orientação que antecipa as situações críticas e procura preveni-las (WHO, 2002), baseando-se a sua concretização na identificação do ecossistema em que decorre o processo de envelhecimento, intervindo no sentido da capacitação dos indivíduos. Trata de uma perspectiva que reforça a dimensão preventiva da agenda do “envelhecimento ativo” e a mensagem de que envelhecer bem requer o desenvolvimento de estratégias promotoras de saúde e bem-estar antes de se atingir a velhice, aos níveis individual e social (Lloyd *et al.*, 2014).

Central para o modelo de “envelhecimento ativo” da OMS, a abordagem de ciclo de vida reconhece que os idosos não são um grupo homogêneo e que a diversidade individual aumenta com a idade, tem em conta a interação entre fatores individuais e externos na determinação da capacidade funcional do início da vida até à velhice (Healthy Aging Project, 2007). Consiste numa abordagem relativa à interação de uma ampla variedade de fatores para o bem-estar individual e coletivo ao longo do tempo (UNESCO, 2006), reconhecendo que experiências de vida, inevitavelmente organizadas por relações sociais e contextos sociais, influenciam a forma como as pessoas envelhecem (Walker, 2005). As políticas de “envelhecimento ativo” devem, portanto, promover atividades desde a infância, adotando uma perspectiva de ciclo de vida, que reconhece que o percurso de um indivíduo de idade avançada não é predeterminado e que as

experiências de vida anteriores exercem uma influência importante na forma como os indivíduos envelhecem (Malanowski, 2009; WHO, 2002).

De acordo com Guillemard (2008), a dimensão de ciclo de vida permite responder aos novos riscos a que os indivíduos são expostos e reconfigurar a proteção social face aos défices com os quais os sistemas são confrontados. Para a autora, trata de um conceito que implica uma articulação entre as transformações institucionais e as trajetórias individuais, sem a qual parece impossível entender as formas de garantir a proteção social, perante as mudanças no sector do trabalho. Guillemard acrescenta que os contributos da sociologia do curso de vida mostram claramente que o modelo das sociedades industriais está intimamente ligado à emergência da organização do ciclo de vida nos três tempos (educação, trabalho e reforma) que combine a proteção dos direitos sociais e o reconhecimento da cidadania.

Esta perspetiva de ciclo de vida exige um olhar atento das mudanças e expectativas das pessoas à medida que envelhecem. Continuar a viver nas suas casas e no seu bairro, respondendo às necessidades físicas, psicológicas e sociais, na medida do possível, é o desejo expresso pelos adultos mais velhos (Kochera & Guterbock, 2005). A maioria dos indivíduos quer permanecer autónomo, ativo e independente junto da família e dos amigos (Rantz *et al.*, 2005, cit. por Iecovich, 2014). Estudos realizados em Portugal evidenciam essa mesma preferência das pessoas idosas pelo envelhecimento na habitação própria (96,61% como proprietários ou arrendatários, sendo os indivíduos com 50 ou mais anos o escalão de arrendatários com maior peso, habitando 53,8% do total dos alojamentos arrendados) ou pela vivência de uma situação partilhada em casa de familiares (Daré, 2010). Além disso, outros estudos demonstraram que as pessoas mais velhas têm mais medo de perder a sua independência e serem institucionalizados que de morrer (MetLife, 2010). Falamos de questões e ações abrangidas pelo conceito de *aging in place*, relativo à capacidade para se viver na própria casa, onde quer que seja, enquanto se puderem sentir confiantes e confortáveis (Yen & Anderson, 2012).

Vimos neste subcapítulo o “envelhecimento ativo” assenta não apenas nas necessidades como nos direitos, aspirações e desejos da população. Então, tendo em consideração que à medida que as pessoas envelhecem preferem envelhecer na sua casa e no seu bairro, o conceito de “envelhecimento ativo” está intimamente relacionado com o de *aging in place*. Aqui, o termo *place* assume uma dimensão *i)* física, relativa à casa ou à vizinhança, *ii)* social, que envolve os relacionamentos dos indivíduos, *iii)* emocional e psicológica, que tem a ver com um sentimento de pertença e apego, e ainda *iv)* cultural, relativa aos valores, crenças, etnia e significados

simbólicos. Diante destas dimensões, viver na sua própria casa permite que a pessoa mais velha preserve a sua história e identidade. A partir desta perspectiva, o termo *aging in place* refere-se não apenas à habitação da pessoa idosa mas também à comunidade, constituída pela família, amigos, vizinhos, congregações associativas e religiosas e agências prestadoras de serviços (Iecovich, 2014). Uma visão mais complexa deste conceito relaciona-se com a dinâmica e as mudanças que as pessoas idosas sofrem nas suas interações com o ambiente, quer a longo prazo (declínio funcional) quer no dia-a-dia (condições de saúde e estado de humor) (Cutchin, 2003, cit. por Iecovich, 2014). A política de *aging in place* é emergente, tendo como foco de discussão a compreensão das mudanças que no envelhecimento e no seu ambiente envolvente, elegendo-se a capacidade da pessoa em permanecer na sua residência, no seu meio natural como meio preferencial de vida, mesmo quando confrontada com a crescente necessidade de apoio por causa de mudanças de vida, como a diminuição da saúde, viuvez ou perda de rendimentos (Pastalan, 1990).

O lugar ganha uma posição distinta nos estudos e programas em torno do envelhecimento das populações e a prestação de apoio para o envelhecimento na comunidade tornou-se imperativo na redefinição das políticas sociais. As políticas facilitadoras do *aging in place* transportam a preocupação crescente da adaptação da pessoa ao ambiente na velhice, sobretudo porque as cidades precisam adequar-se às necessidades de um número cada vez maior de pessoas mais velhas (Van Dijk, 2015). Na última década temos assistido a um crescimento sem precedentes no número de esforços para criar bairros seguros, permitindo aos adultos mais velhos permanecer nas suas casas e comunidades o maior tempo possível. O termo mais comum usado para descrever este tipo de iniciativas é *age-friendly* (Glicksman *et al.*, 2013).

Perante a literatura e projetos a favor do *aging in place*, podemos estruturar a sua análise em diferentes setores. As políticas que tornam os espaços públicos, bairros e edifícios mais *age-friendly* são especialmente relevantes ao considerarmos que, entre os efeitos que o aumento da idade pode expressar, as limitações da funcionalidade, nomeadamente o declínio da mobilidade (Philips *et al.*, 2005, cit. por van Dijk, 2015) pressionam as estratégias de promoção de um envelhecimento com bem-estar, que responda às necessidades e desejos das pessoas. A mobilidade refere-se à atividade física, geralmente andar a pé, mas também inclui a capacidade de ficar ligado a recursos e serviços comunitários nas proximidades. Dada a importância das questões de mobilidade para os idosos, é essencial determinar um *design* que apoie a mobilidade e perceber de que forma as áreas locais se podem preparar para apoiar a saúde das populações que envelhecem (Yen & Anderson, 2012). Para muitas pessoas mais velhas o medo de cair é o

único fator para a perda de mobilidade, o que pode agravar-se se não tiver tempo suficiente para atravessar as estradas ou se se preocupar com a possibilidade de ser atropelado por um ciclista numa via pedonal (Frye, 2014). Yen e Anderson (2012) estudaram os recursos que suportam a mobilidade em ambientes construídos, as suas múltiplas interações e influências, distinguindo: *i*) microfatores, constituindo fatores que as organizações da comunidade e os cidadãos podem influenciar; e *ii*) macrofatores, que podem ser externos à comunidade, tais como fatores políticos (orçamentos), sociais (demografia) ou tecnológicos (velocidade da internet).

A mudança para uma estrutura residencial para pessoas idosas (quer seja um lar quer uma unidade cuidados de longa duração) é, frequentemente, resultado de insuficiências da habitação para atender às necessidades dos mais velhos, tais como: diminuição das capacidades de autocuidado e gestão da sua saúde, isolamento, solidão, barreiras de acessibilidade, indisponibilidade dos serviços necessários, má qualidade dos cuidados, bem como perigo ou medo do crime e violência (Iecovich, 2014). Além da garantia de um espaço público seguro, um dos passos necessários à concretização de um *aging in place* requer investimento ao nível das infraestruturas habitacionais em termos de investimento individual, subsídios ou incentivos (MetLife, 2010), que permitam a aquisição, arrendamento ou adaptação das casas. Uma habitação condigna cumpre os requisitos de habitabilidade (climatização e segurança básica) e é dotada de um *design* inclusivo (segurança, acessibilidade e tecnologia assistida), com elementos a seu favor em termos de dispositivos e tecnologia de redução do risco e facilitação do uso eficaz dos recursos, desenvolvimento de sistemas de monitorização, ativação e gestão da prestação de serviços, que podem ser aproveitados para identificar riscos, reduzir lesões, doenças e respetivos custos (MetLife, 2010). Podemos enumerar alguns exemplos como sensores de quedas, de movimento e marcha, sensores de parâmetros como o ritmo cardíaco, glucose, oxigénio no sangue conectados um *call center*, serviços de teleassistência, dispensadores de comprimidos com alertas acionados caso a dose não seja removida por um determinado período de tempo, entre muitos outros (MetLife, 2010).

Tudo isto nos leva a pensar na importância da conexão da habitação com o exterior, que ligam as pessoas nas suas casas ao ambiente externo, através de dispositivos tecnológicos e dos recursos comunitários. A evidência desperta a atenção para o facto de ao longo da vida as pessoas experimentarem perdas num ou mais domínios do funcionamento humano (físicos, psicológicos e sociais). À medida que envelhecem, há uma tendência para a diminuição das redes sociais. As pessoas experimentam episódios agudos de doença, bem como condições crónicas progressivas, que resultam em mudanças nas necessidades, que devem ser

acompanhadas pelos cuidados. Os idosos mais frágeis dependem, assim, cada vez mais, dos recursos disponíveis no bairro para satisfazer as suas necessidades (van Dijk, 2015). Na verdade, as mudanças de necessidades variam episodicamente mas também continuamente e os serviços e recursos devem acompanhá-las de forma eficiente (MetLife, 2010). Quer isto dizer que as comunidades precisam preparar-se melhor para o aumento do segmento populacional mais velho e mais frágil, disponibilizando uma gama variada de serviços para todos os residentes, desenvolvendo conexões entre a gestão de cuidados, interações sociais, bem-estar. Para Keyes *et al.* (2014), fornecer refeições e programas de transporte para consultas médicas não será suficiente para superar todos os desafios de manter as pessoas saudáveis e independentes o maior tempo possível, a viver na comunidade. É igualmente necessário um foco no planeamento e desenvolvimento das comunidades, com dispositivos que permitam aos idosos mais isolados envelhecer nas suas casas e conservar a participação na sociedade nas diferentes tipologias: cívica, recreativa, educativa, cultural, de saúde (MetLife, 2010), política, religiosa, etc.

Além de garantir uma habitação adequada e bairro seguro, de ampliar e melhorar os serviços, criando oportunidades para uma vida saudável, através da conexão com o exterior, Keyes *et al.* (2014) identificam as opções de transporte como elemento chave. Trata-se de ampliar as oportunidades e as opções de mobilidade para os não condutores. Os principais obstáculos à mobilidade de pessoas com deficiência e idosos incluem a falta de transportes públicos acessíveis, a atitude dos motoristas e outros funcionários do setor dos transportes, pavimento irregular, entre outros (Frye, 2014).

Uma abordagem de *aging in place* pode ser alcançada através de três objetivos: *i*) independência, *ii*) utilização económica dos recursos, *iii*) criação de relação coordenada, abrangente e colaborativa entre o setor privado e os prestadores de serviços (MetLife, 2010). Não obstante, o desenvolvimento de ambientes favoráveis requer a presença de pré-condições que devem existir no local, através da combinação de espaços ao ar livre, edifícios, habitação e transportes bem planeados: *i*) densidade populacional; *ii*) clima e tempo; *iii*) características topográficas; *iv*) organização social e cívica; *v*) serviços sociais e de saúde (Fitzgerald & Caro, 2014).

Embora a idade se tenha tornado parte aceite da agenda das políticas públicas, com o conceito de igualdade de direitos para todos os cidadãos, a tendência de envelhecimento requer que os decisores políticos, incluindo urbanistas, sejam criativos e inovadores na satisfação das

necessidades das pessoas mais velhas. Uma articulação mais clara dos elementos das relações de idosos com os lugares iria ajudar a criar localmente soluções integradoras da idade apropriadas para o envelhecimento da população, que vão além dimensões predominantemente físicos do ambiente. Seja de forma implícita ou explicitamente, a análise do lugar na vida das pessoas mais velhas abrange questões de inclusão, equidade e relações internacionais, na facilitação do acesso a uma ampla gama de oportunidades sociais, económicas e ambientais (Hockey, Phillips & Walford, 2013).

3.3 “ABORDAGEM PARTICIPATIVA”. UMA PERSPETIVA QUE ENVOLVA AS PESSOAS MAIS VELHAS

Há uma discussão na literatura sobre os processos de governança associados a uma comunidade amiga do idoso. Todos os modelos de governança podem diferir, em particular no que diz respeito à amplitude da participação na definição e implementação características amigáveis aos idosos de uma comunidade (Ozanne *et al.*, 2014). Por um lado, existem projetos que veem nas pessoas mais velhas um papel fundamental na contribuição para as suas características distintivas (Menec *et al.*, 2011), implicando a participação *bottom-up* dos cidadãos mais velhos em expressar as suas preocupações, bem como a sua participação no processo de tomada de decisão e planeamento (Buffel *et al.*, 2014). No outro extremo, estão as abordagens definidas por um foco na liderança da autoridade local, com orientações pré-determinadas, constituindo abordagens mais *top-down* e, muitas vezes, implicam que os formuladores de políticas avaliem a sua comunidade em relação a critérios de verificação estabelecidos, como o guia desenvolvido pela OMS: *Age-Friendly Cities* (Ozanne *et al.*, 2014).

Mas, se é desejável que as políticas dirigidas ao envelhecimento assumam a satisfação da vida dos indivíduos como objetivo, merece distinção nesta revisão teórica a orientação para a implementação de uma abordagem participativa. Trata-se da certificação de que, no desenvolvimento das políticas de “envelhecimento ativo”, as decisões são tomadas através de uma abordagem bidirecional *top-down* e *bottom-up*, em conjunto com os destinatários e não apenas para os mesmos. De facto, as estratégias eficazes de “envelhecimento ativo” baseiam-se numa parceria entre o cidadão e a sociedade, tendo em conta os pontos de vista das partes interessadas, na medida em que as características, necessidades e expectativas das pessoas têm um papel importante no processo de formulação e análise de políticas (Bárrios, 2015). Cabe ao

Estado o papel de permitir, facilitar e motivar os cidadãos e, se necessário, facultar proteção social de alta qualidade o maior tempo possível. Isso exige estratégias sociais individuais e inter-relacionadas. Os indivíduos têm o dever de tirar partido da aprendizagem ao longo da vida e das oportunidades de formação contínua, promovendo a sua própria saúde e bem-estar ao longo da vida. Por sua vez, o desafio político é reconhecer o fio condutor que interliga todas as áreas relevantes da política do emprego, da saúde, proteção social, inclusão social, transportes, educação, entre outras. O discurso por trás desta estratégia global de “envelhecimento ativo”, onde todos os envolvidos estão ligados e se reforçam mutuamente, é também o discurso das Nações Unidas⁸ de uma sociedade para todas as idades (Walker, 2008).

Efetivamente, as características, necessidades e expectativas das pessoas têm um papel importante no processo de formulação e análise de políticas. Na promoção da saúde, por exemplo, as oportunidades para a autorrealização e o autodesenvolvimento podem ser comprometidas se os especialistas e as autoridades planearem e implementarem programas para as pessoas idosas através de uma lógica "*top-down*". Esta abordagem “paternalista”, que muitas vezes também impõe limites e restrições ao direito à autodeterminação, pode ser reduzida, permitindo que as pessoas possam ter uma palavra a dizer sobre os valores, objetivos e métodos de promoção da saúde. Uma promoção da saúde eficaz é, muitas vezes, uma questão de combinar os melhores interesses do indivíduo e da comunidade, sendo reforçada através da participação ativa do público-alvo. Na promoção da saúde pelas pessoas mais velhas, as tentativas de mudar as atitudes e o comportamento têm mais sucesso quando as atividades são planeadas através de uma abordagem "*bottom-up*", isto é, pelos próprios idosos, que passam por ajudá-los a cuidar de si mesmos, através da aprendizagem ao longo da vida, adaptação da tecnologia de informação e envolvimento de grupos de interesse de idosos como parceiros (Healthy Ageing Project, 2007).

Vários autores recomendam que as políticas de envelhecimento incluam ideias e experiências das pessoas que envelhecem, como visões essenciais para intervenções públicas. Boyce, O'Brien, Munn-Giddings e McVicar (2009) perfilham que a participação dos utilizadores de serviços no planeamento e funcionamento dos serviços, bem como nos processos de pesquisa, tem sido cada vez mais incorporada nas atuais práticas e políticas de cuidados sociais e de saúde.

⁸ <http://www.un.org/esa/socdev/iyop/iyopcfo.htm>

Segundo O'Shea (2006), as políticas de envelhecimento precisam ter em conta os pontos de vista das partes interessadas na definição de prioridades, envolver os idosos em situação de vulnerabilidade e estabelecer estruturas de parceria a nível local e nacional que garantam a viabilidade a longo prazo de mecanismos de consulta das pessoas idosas e seus representantes. O autor considera que, embora a consulta das preferências das pessoas mais velhas seja um elemento importante das melhores práticas de promoção de envelhecimento saudável, os mais velhos são rotineiramente ignorados e não são convidados a avaliar a conveniência e utilidade dos serviços que lhe são prestados. No seu estudo relativo aos programas de envelhecimento saudável na Irlanda, O'Shea (2006) determinou que as prioridades são determinadas numa lógica *top-down*, pelo governo, centros de saúde e autoridades locais, sem consulta das pessoas mais velhas e da comunidade local. Apenas 5% dos *stakeholders* consideraram que as pessoas mais velhas estão ativamente envolvidas no processo de definição de prioridades e, embora a maioria das iniciativas tivesse lugar a nível local, os entrevistados acreditavam que a política e as prioridades eram determinadas pelo governo central (O'Shea, 2006).

Também Tam (2011), ao debruçar-se sobre os programas educativos promovidos pelo governo de Hong-Kong, passíveis de incluir na estratégia de “envelhecimento ativo” e com benefícios bem documentados pela literatura, que incentivam a aprendizagem contínua entre os idosos no sentido de melhorar a saúde e a qualidade de vida à medida que envelhecem; considera que é necessário que as políticas garantam que atendem às necessidades e expectativas dos idosos e prestadores de apoio na realização de programas de alta qualidade.

Ainda que a participação dos idosos seja, geralmente, considerada proactiva, Hockey *et al.* (2013) acrescentam que esta posição pode ser desmentida pelo reconhecimento de que existem partes da população mais velha que não são envolvidas, nomeadamente as pessoas com problemas de saúde e/ou mobilidade, o grupo para o qual a maioria das respostas políticas parecem ser orientadas. Outros autores acrescentam que, apesar do incentivo para que as pessoas participem no desenvolvimento de serviços e produção de conhecimento, nem todos os grupos de usuários têm as mesmas oportunidades de participação (Hubbard *et al.*, 2004, cit. por Boyce *et al.*, 2009). Existe ainda um pressuposto de que as pessoas mais velhas estão menos envolvidas neste processo, em comparação com outros grupos de utilizadores (Boyce *et al.*, 2009), que pode estar relacionado com os estereótipos relativos à idade, ao assumirem que o envelhecimento leva, inevitavelmente, a uma redução da capacidade, dificultando a participação das pessoas mais velhas (Reed *et al.*, 2004 e Dewar, 2005, cit. por Boyce *et al.*;

2009). De alguma forma, presume-se que as pessoas mais velhas são menos propensas a envolverem-se em parcerias, perpetuando uma suposição de que são menos interessadas (Boyce *et al.*, 2009).

Em relação ao envolvimento de idoso no processo político, a mudança tem de ocorrer ao nível nacional mas também influenciar a forma como estas questões são integradas ao nível local. O'Shea (2006) determinou três mudanças importantes na melhoria das políticas públicas de envelhecimento: *i*) considerar os pontos de vista das partes interessadas na definição de prioridades; *ii*) estabelecer parcerias ao nível nacional e local que garantam a viabilidade a longo prazo dos mecanismos de consulta dos idosos e representantes; e *iii*) proporcionar financiamento local de projetos como estratégias de investimento para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas.

Contudo, estes esforços encontram barreiras que residem na dificuldade de envolver as pessoas menos motivadas. Sabe-se, por exemplo, que tem ocorrido um aumento da consciência sobre a necessidade de motivar as pessoas mais velhas passivas e sedentárias a adotar um estilo de vida mais saudável (Healthy Aging Project, 2007). Acontece que este processo pode demorar muito tempo e exigir um trabalho árduo de envolver as pessoas que, muitas vezes, são as mais necessitadas de atividades estruturadas. Também as pessoas economicamente mais desfavorecidas podem ser mais difíceis de envolver nos processos participativos. Os recursos disponíveis para as pessoas, bem como a presença de capital social no seio das comunidades, são potenciais fatores determinantes dos diferentes níveis de participação local nas localidades (Lowndes *et al.*, 2006).

Mas criar programas que correspondam às necessidades, interesses e desejos das pessoas mais velhas exige um conhecimento prévio das suas perceções em relação ao processo de envelhecimento e ao conceito de “envelhecimento ativo”, de forma a incorporá-las nas políticas e investigações. Pela não concordância sobre o significado do envelhecimento bem-sucedido, a investigação em torno da perspectiva tem procurado conhecer as perceções dos idosos sobre a sua experiência (Teixeira & Neri, 2008). Segundo Bowling (2006), as visões das pessoas são mais multidimensionais que os modelos teóricos existentes, cruzando as fronteiras entre o físico, o psicológico e o social. A autora demonstra que as pessoas não são homogéneas nas suas perceções, sugerindo a continuação de estudos com idosos que ampliem as perspectivas teóricas, incorporem medidas multidimensionais e incluam a autoavaliação. A consequência de

não se consultarem as pessoas sobre as suas perspectivas são ações políticas com menos relevância para a vida dos próprios idosos (Bowling, 2006).

Ora, também relativamente ao “envelhecimento ativo” é fundamental integrar as perspectivas teóricas e das pessoas mais velhas (Bowling, 2008). Conhecer as perspectivas das pessoas é importante para testar a validade de as medidas existentes, para que possam ter relevância para a população a que são aplicadas (Bowling & Dieppe, 2005), a fim de garantir que os modelos e as políticas de “envelhecimento ativo” têm significância social, ajudando-as a alcançar os resultados desejados (Bowling, 2009). A informação acerca das perceções, crenças e expectativas da população idosa fortalece as práticas centradas nas pessoas, ajuda a desenvolver definições, melhora a capacidade dos prestadores de cuidados e serviços (Phelan *et al.*, 2004). O papel destas visões é o culminar de perspectivas sociais e culturais. Se o idoso percebe o envelhecimento como uma existência isolada, isolar-se-á. Por outro lado, se considera os mais velhos como uma parte integrante da estrutura social em que vive, tornar-se-á próspero (Hansen-Kyle, 2005). Com isto, o autor quer dizer que, além do apoio social, também as perceções têm uma influência poderosa na adaptação às limitações físicas e cognitivas

Embora sejam visões essenciais para a construção e implementação de políticas públicas relacionadas com a vida das pessoas, a evidência quanto à forma como os idosos percebem o “envelhecimento ativo” é escassa. Em 2008, Bowling procurou identificar as perceções leigas de “envelhecimento ativo”, comparando-as com as definições da literatura, as perceções de envelhecimento bem-sucedido e de qualidade de vida das pessoas com 65 e mais anos. Nos seus resultados, as autoavaliações positivas foram associadas a um estado de saúde ideal, sem doenças de longa duração e com qualidade de vida. Os principais temas mencionados pelos entrevistados foram saúde física, lazer, papéis sociais e atividades, funcionamento mental e psicológico, bem-estar e recursos, relações sociais e relacionamentos, serviços e vizinhança, situação financeira, independência e trabalho. Apesar de se constatar alguma sobreposição de definições, na literatura houve um enfoque sobre a produtividade capacitação, dignidade, direitos humanos e as características dos ambientes. Conclui ainda que as pessoas excluem os frágeis do “envelhecimento ativo” e enfatizam as atividades de lazer e sociais. Estes resultados indicam a necessidade de desenvolver uma estratégia abrangente e realista, que inclua as pessoas mais velhos, mais frágeis e menos ativas (Bowling, 2008).

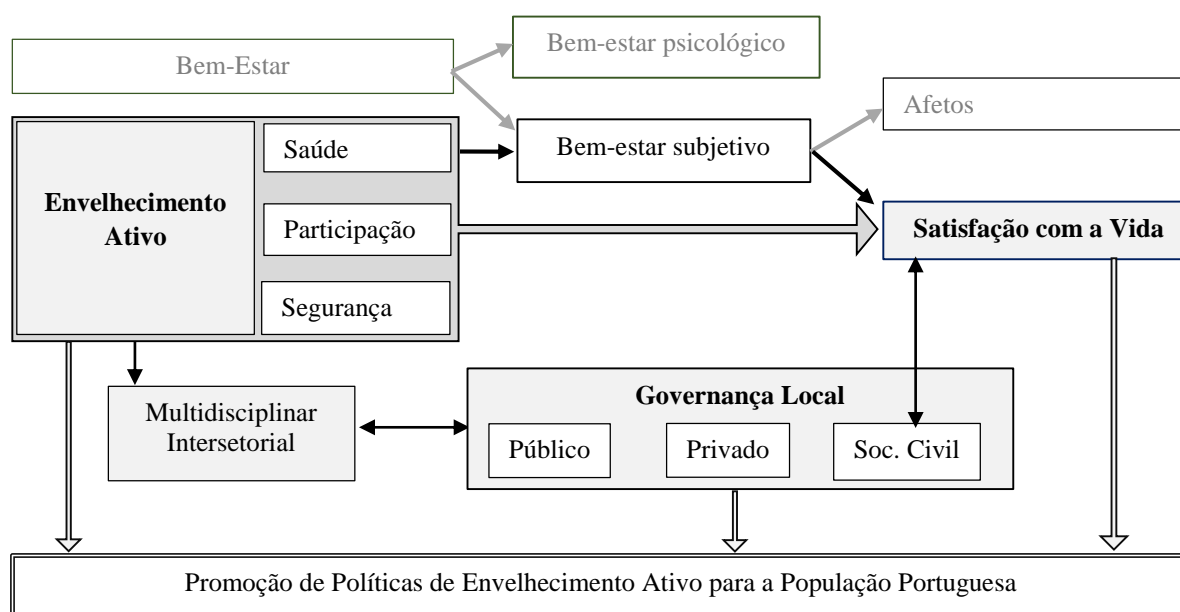
Em suma, a definição de conceitos e políticas envolve múltiplos fatores individuais, sociais e ambientais. O debate gera-se porque dependem também de uma apreciação individual e bem-

estar subjetivo. Para aumentar o conhecimento sobre as competências dos mais velhos a ênfase recai nas percepções pessoais das possibilidades de adaptação às mudanças advindas do envelhecimento e condições associadas (Teixeira & Neri, 2008).

3.4 UMA PERSPETIVA INTEGRADA DO ENVELHECIMENTO

Tendo em conta o nosso objetivo de *identificar e analisar estratégias e orientações políticas de apoio ao envelhecimento, tendo em conta as características e as necessidades da população mais velha, no sentido de adequar os programas e responder de forma inovadora às exigências e desafios das sociedades maduras contemporâneas*; adotámos uma perspetiva que conjuga as orientações conceptuais já enunciadas, capazes de guiar as políticas locais dirigidas ao envelhecimento. As orientações teóricas em que esta perspetiva integrada assenta estão representadas na Figura 2, que passaremos a resumir.

Figura 3 - Envelhecimento Ativo, Satisfação com a Vida e Governança Local



Após refletirmos sobre as questões demográficas, entendermos o contexto e a constituição do envelhecimento como problema público com desafios instalados ao nível do Estado e da sociedade civil, admitimos que a natureza do problema invoca uma abordagem de governança. Nesta perspetiva de parceria e colaboração entre atores públicos, privados e do terceiro setor, privilegiam-se as ações locais, pela proximidade e conhecimento das pessoas.

Existem boas razões económicas para os governos, as organizações e a sociedade civil implementarem políticas de envelhecimento saudável e ativo, em termos de aumento de participação e redução de custos com cuidados (Edwards & Tsouros, 2006). Tendo os europeus conquistado vidas mais longas e saudáveis, os governos procuram formas de envolver os idosos na comunidade (Eurostat, 2012) de forma que, atitudes como esta, além de promover o bem-estar dos mais velhos, pode resultar em benefícios económicos para a sociedade. Muitas cidades e países europeus têm integrado estas estratégias, sendo a maioria replicáveis em outros países. Evidenciam-se exemplos de boas práticas relacionadas com a promoção do envelhecimento saudável na comunidade, estilos de vida saudáveis, prática de atividade física, educação para a saúde, combate à solidão dos mais velhos, desenvolvimento da participação social, melhoria das competências de preparação para o envelhecimento e acessibilidade ambiental. Os principais tópicos mais comuns nos projetos existentes consistem no capital social e atividade física, muitas vezes em combinação, com potencialidades tanto na melhoria da saúde física como no alívio da solidão (Healthy Ageing Project, 2007).

Considerámos o “envelhecimento ativo” como paradigma que inspira o desenvolvimento de programas desta natureza, no sentido de orientar as estratégias na conquista do bem-estar dos indivíduos à medida que envelhecem. O seu entendimento salienta a importância de olharmos o envelhecimento numa perspetiva de ciclo de vida, e participativa, que envolva as pessoas idosas no desenvolvimento de políticas sem perder de vista as suas preferências e necessidades relacionadas com o *aging in place*.

Fonseca (2014) argumenta que não há uma única maneira de alcançar um “envelhecimento” ativo. Ao contrário do simples padrão de envelhecimento normal, o “envelhecimento ativo” exige do indivíduo um certo estilo de vida que, como o nome sugere, é "ativo", procurando melhorar o funcionamento e desempenho do indivíduo, possibilitando o desenvolvimento e bem-estar psicológico. No entanto, tem havido um crescente debate sobre como o paradigma pode ser operacionalizado, a fim de chegar a todas as pessoas (Fonseca, 2014). Embora não haja uma definição empírica do “envelhecimento ativo” comumente aceite, alcançou-se já um consenso de que abrange um conjunto de domínios: baixa probabilidade de doença e invalidez, aptidão física, funcionamento cognitivo, estado de espírito positivo, capacidade de lidar com o *stress*, e de estar envolvido na vida (Fernández-Ballesteros *et al.*, 2013). Com efeito, a maioria dos autores da área concordam que o “envelhecimento ativo” é um conceito multidimensional, envolvendo saúde, aptidão física e cognitiva, afeto, controle positivo e relações sociais, mas

que não pode ser reduzido a apenas à saúde ou ao contexto económico, precisando ter em conta determinantes comportamentais de proteção (Caprara *et al.*, 2013).

Porque o “envelhecimento ativo” depende de vários fatores em parte relativos ao indivíduo mas também ambientais e sociais, percebe-se que o conceito se aplica tanto a indivíduos como a grupos populacionais, responsabilizando igualmente as organizações governamentais e da sociedade civil. Ora, se por um lado as políticas de “envelhecimento ativo” promovem uma responsabilidade individual para aproveitarem as oportunidades, por outro estas oportunidades estão dependentes de ações políticas a todos os setores do governo, bem como da sociedade civil e do setor privado. Estão implicados todos os níveis de governo, sociedade civil, setor privado, meios de comunicação e pessoas que envelhecem. Entendemos, assim, o “envelhecimento ativo” como um conceito político raro que pode unificar os interesses de todas as partes interessadas: cidadãos, ONGs, empresas e decisores políticos (Walker, 2008). Os princípios inerentes à sua realização de uma forma não coerciva, ao longo da vida, refletem a necessidade das parcerias. A responsabilidade individual deve ser acompanhada por uma ação política que conecte todos os apoios que, normalmente, são separados em diferentes departamentos administrativos. A ação intersectorial é um pré-requisito para a realização desta abordagem abrangente, bem como para a criação de uma sociedade para todas as idades (Walker, 2008). Nestes processos de governança, também já sublinhámos a importância das colaborações entre a investigação e as políticas, constituindo ainda esforços incomuns, na medida em que a pesquisa se tem limitado às universidades enquanto a política e planeamento ocorre com mais frequência nas organizações governamentais e sem fins lucrativos (Glicksman *et al.*, 2013). As parcerias colaborativas no contexto da implementação de políticas de “envelhecimento ativo” e criação de comunidades *age-friendly* passam pelo diagnóstico das necessidades, estabelecimento de um plano de ação e implementação em parceria, envolvendo os idosos, associações de idosos e outras partes interessadas (Garon *et al.*, 2014).

Estas iniciativas de colaboração intersectorial provaram já a sua eficácia ao nível da saúde pública (Littlecott *et al.*, 2015), sendo cada vez mais transferidas para as localidades, a fim de atender às necessidades locais e regionais, por serem sensíveis às características locais (Rummery & Coleman, 2003, cit. por Littlecott *et al.*, 2015). A promoção da saúde para as pessoas idosas não é apenas uma questão para o Estado, mas para todas as agências governamentais e organizações cujas políticas e ações podem ter um impacto sobre a saúde das pessoas mais velhas. É preciso envolver não apenas o processo político ao nível nacional mas

procurar também influenciar a forma como estas questões são integradas e pensadas a nível local, por exemplo, nas comissões políticas estratégicas das autoridades de saúde e autoridades governamentais locais (O'Shea, 2006). Na verdade, embora se admita que as políticas podem ser avaliadas em diferentes espaços geográficos: local, regional, nacional ou internacional, considera-se que a aplicação dos programas de “envelhecimento ativo” é, inevitavelmente, ao nível local através da proximidade que mantém da população. De acordo com Neal *et al.* (2014), são necessários alguns requisitos para abrir a janela política, reconhecendo que o fenómeno de envelhecimento da população acarreta uma necessidade de respostas locais, bem com um ambiente propício e vontade política. Trabalhar com grupos de bairro pode permitir avaliar as barreiras e os recursos ao nível local, decidindo estratégias de melhoria. Por outro lado, trabalhar a nível regional pode influenciar o planeamento e a implementação de esforços maior amplitude (Neal *et al.*, 2014).

A operacionalização dos determinantes do “envelhecimento ativo” permitirá melhorar os fatores de proteção e minimizar os fatores de risco ao longo da vida, tanto ambientais como comportamentais. Melhorar as estruturas de governança para responder à revolução da longevidade ordena, portanto, a uma colaboração intersectorial, indispensável no alinhamento e implementação das políticas. Esclarecemos que, nesta perspetiva da OMS, nos afastamos do foco na prevenção de doenças e provisão de cuidados de saúde para apostar na promoção de bem-estar físico, social e mental ao longo da vida. É esta abordagem holística de “envelhecimento ativo” que a presente investigação assenta, considerando que é, em si, um arquétipo inovador com potencialidades ao nível da intervenção política local. Considera-se uma estratégia capaz de responder às necessidades, expectativas e direitos das pessoas à medida que envelhecem, promovendo um bem-estar reproduzido no nível de satisfação com a vida dos mais velhos. Este vínculo entre os pilares do “envelhecimento ativo” e o bem-estar subjetivo na sua forma de satisfação com a vida, que pode ser promovido através de ações de governança, sob a perspetiva multidimensional e intersectorial, resume as linhas de análise que sustentam esta investigação.

Em jeito de síntese, embora se admita que não há um único caminho para as políticas de envelhecimento, estão aqui reunidas e integradas as orientações em que esta pesquisa irá assentar. Trata de uma perspetiva integrada, fundamentada nas leituras realizadas e tendo em vista os objetivos a que nos propusemos.

CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA

Sustentado na literatura já apresentada, o trabalho científico prosseguiu para a definição do material e métodos expressamente orientados para dar resposta às questões levantadas. O processo de formulação do problema, a definição do *argument* da investigação e o conhecimento do estado da arte permitiram a construção dos objetivos. Este cenário ganha expressão num modelo de análise, onde poderemos ver resumidas as linhas em que assentará a pesquisa. Este modelo estará de acordo com a perspetiva integrada de envelhecimento proposta no capítulo anterior, identificando os elementos analíticos selecionados. É o modelo que permite elucidar o campo de análise restrito e preciso em que assentará a recolha e tratamento de dados.

Segundo Quivy e Campenhoudt (2008), numa investigação social, são os métodos, entendidos como formalizações dos procedimentos, as formas de progredir em direção aos objetivos. Os autores referem-se aos princípios a por em prática em qualquer trabalho de investigação. De acordo com o seu modelo, no último ponto deste capítulo serão enfatizados os processos de âmbito mais prático da pesquisa, através da descrição detalhada do plano metodológico. A dinâmica de investigação desenhada foi suportada por leituras clarificadoras dos métodos e suas vantagens. A escolha do(s) método(s) foi, de acordo com Greene e McClintock (1985), baseada nas necessidades e finalidades de investigação, nas estratégias de análise e contextos. Implicou a seleção de alguns instrumentos de observação e a construção de outros, capazes de produzir a informação adequada.

Antes de dar início à descrição da metodologia utilizada, convém distinguir os três métodos que a investigação comportou. Várias ferramentas são disponibilizadas no diretório de metodologia, reconhecendo-se os métodos quantitativos, os métodos qualitativos e o método misto; que se tornam apropriados, legítimos e preferenciais para diferentes configurações e problemas de investigação (Greene, Caracelli & Graham, 1989). O método *quantitativo* é projetado para recolher números e assenta, quase sempre, na estatística. Por seu lado, quando falamos em métodos *qualitativos* referimo-nos, quase sempre à recolha de palavras, remetendo para uma realidade menos definida (Matos, 2014), sendo ricos em pormenores descritivos relativamente às pessoas. Sobre o método *misto*, emprega métodos qualitativos e quantitativos, com cinco propósitos: triangulação, complementaridade, desenvolvimento, iniciação e expansão.

4.1. OBJETIVOS DA PESQUISA

As opções metodológicas selecionadas pretendem a operacionalização do objetivo geral: *identificar e analisar estratégias e orientações políticas de apoio ao envelhecimento, tendo em conta as características e as necessidades da população mais velha, no sentido de adequar programas e responder de forma inovadora às exigências e desafios das sociedades maduras contemporâneas.*

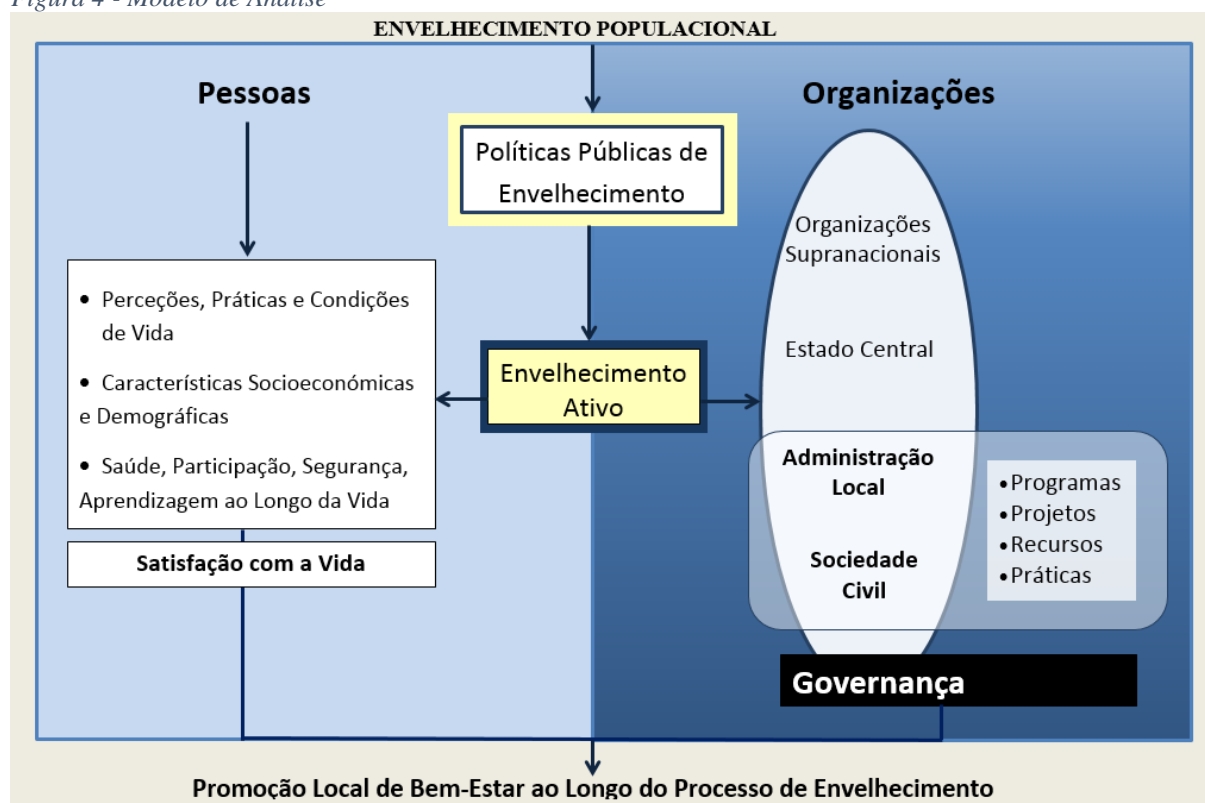
Este grande objetivo percorre várias dimensões, que vão da caracterização da população e identificação dos recursos de que as pessoas dispõem à análise dos dispositivos locais já implementados. Para tal, propomos:

- i) Caracterizar a população portuguesa com 50 e mais anos, do ponto de vista sociodemográfico, condições em que decorre a vida das pessoas, recursos pessoais, práticas promotoras de saúde e bem-estar e representações relacionadas com o processo de envelhecimento;*
- ii) Caracterizar uma população com 65 e mais anos, em termos sociodemográficos, recursos pessoais (literacia, rede social e habitat), práticas e hábitos promotores de saúde e bem-estar, determinando as suas necessidades e aspirações, conhecendo as suas perceções e representações relacionadas com o processo de envelhecimento e percebendo a avaliação que as pessoas fazem dos recursos locais disponíveis e da governança;*
- iii) Identificar políticas e programas locais direcionados para o envelhecimento da população em dois municípios portugueses;*
- iv) Criar um instrumento capaz de analisar e avaliar políticas locais de envelhecimento numa perspetiva de governança local, baseado no paradigma de “envelhecimento ativo”, aplicando-o aos programas dos municípios selecionados;*
- v) Analisar a informação recolhida relativamente à governança e características populacionais, do ponto de vista da otimização dos recursos por parte das pessoas, e formular condições para a implementação de um “envelhecimento ativo” ao nível local, elaborando orientações políticas que vão ao encontro de necessidades e aspirações da população.*

4.2. MODELO DE ANÁLISE

Tendo em conta os objetivos formulados e a perspectiva integrada de envelhecimento descrita no capítulo anterior, foi possível construir um modelo de análise (Figura 4). Esta esquematização permite identificar como se articulam e de que forma se explorarão as componentes conceptuais, quer ao nível das pessoas, quer ao nível da governança local, sob o ponto de vista do “envelhecimento ativo”.

Figura 4 - Modelo de Análise



Efetuada uma breve interpretação do modelo da Figura 4, podemos dizer que o envelhecimento demográfico exige a criação de políticas públicas, que podem ser orientadas pelo paradigma de “envelhecimento ativo”, no sentido de alcançar o bem-estar das pessoas. Para tal, do lado das pessoas precisa conhecer-se as características dos mais velhos, bem como a sua avaliação de bem-estar, na forma de satisfação com a vida. Do lado das organizações, analisam-se as políticas sob um olhar multidimensional, que atuam a todos os escalões de ação pública, na perspectiva de governança. Ao nível local, estão envolvidas a administração local e a sociedade civil, incluindo as ONG (organizações não governamentais) e as empresas privadas, através dos programas e projetos que desenvolvem, dos recursos que disponibilizam à população e práticas que adotam.

4.3 PLANO METODOLÓGICO

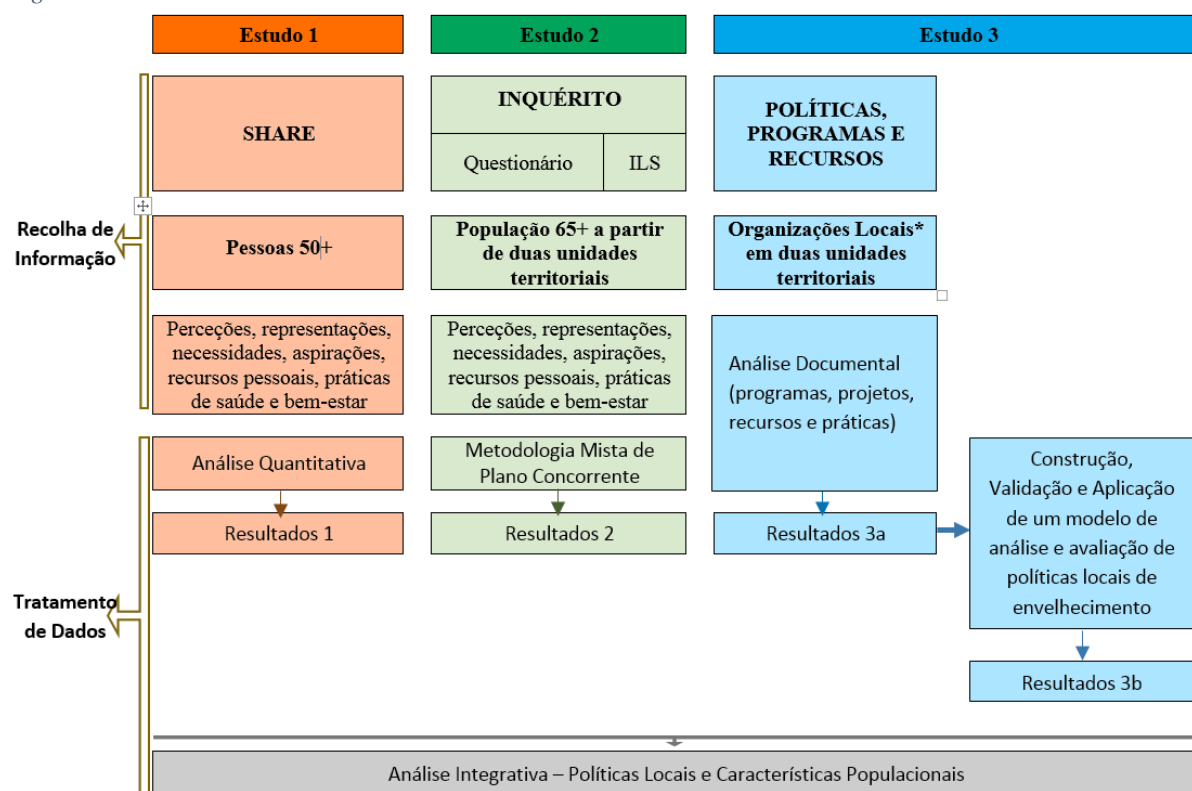
Do ponto de vista operacional, para atingir os objetivos propostos, esta investigação envolveu a realização de três estudos distintos e independentes, conforme se representa na Tabela VI. Ao objetivo *i)* corresponde o estudo 1; ao objetivo *ii)* corresponde o estudo 2; os objetivos *iii)* e *iv)* estão associados ao estudo 3; e quanto ao *v)* e último objetivo, diz respeito à integração dos resultados dos três estudos, permitindo a elaboração de conclusões e implicações para a prática.

Tabela VI - Operacionalização dos objetivos

OBJETIVO	MÉTODO	ESTUDO
<i>i)</i> Caracterizar a população portuguesa com 50 e mais anos, do ponto de vista sociodemográfico, condições em que decorre a vida das pessoas, recursos pessoais, práticas promotoras de saúde e bem-estar e representações relacionadas com o processo de envelhecimento.	Análise dos dados do SHARE wave 4 para a população portuguesa 50+	Estudo 1
<i>ii)</i> Caracterizar uma população com 65 e mais anos, em termos sociodemográficos, recursos pessoais (literacia, rede social e habitat), práticas e hábitos promotores de saúde e bem-estar, determinando as suas necessidades e aspirações, conhecendo as suas perceções e representações relacionadas com o processo de envelhecimento e percebendo a avaliação que as pessoas fazem dos recursos locais disponíveis e da governança.	Inquérito a uma população 65+ em dois municípios	Estudo 2
<i>iii)</i> Identificar políticas e programas locais direcionados para o envelhecimento da população em dois municípios portugueses	Recolha de Políticas, Programas e Recursos em dois municípios	Estudo 3
<i>iv)</i> Criar um instrumento capaz de analisar e avaliar políticas locais de envelhecimento numa perspetiva de governança local, baseado no paradigma de “envelhecimento ativo”, aplicando-o aos programas dos municípios selecionados	Construção e validação de um instrumento através do método DELPHI	Estudo 3
<i>v)</i> Analisar a informação recolhida relativamente à governança e características populacionais, do ponto de vista da otimização dos recursos por parte das pessoas, de modo a delinear as condições para a implementação de um “envelhecimento ativo” ao nível local, elaborando orientações políticas que vão ao encontro das necessidades e aspirações da população	Análise integrativa	Estudos 1, 2 e 3

A execução dos três estudos é esquematizada no desenho do estudo (Figura 5), em termos de características metodológicas. A sua concretização sequencial permitiu aos estudos beneficiar dos elementos identificados no estudo anterior.

Figura 5 - Desenho do Estudo



A partir dos conteúdos exibidos na Figura 5, pudemos depreender que a pesquisa recorre a diferentes métodos, consoante as finalidades de cada estudo. Para simplificar a compreensão dos métodos, materiais selecionados e procedimentos efetuados a descrição dos três estudos será realizada em separado, nos capítulos seguintes. Contudo, cabe-nos aqui inferir algumas considerações quanto às opções metodológicas tomadas.

Para a concretização do estudo 1, considerámos pertinente o recurso aos métodos quantitativos, de análise estatística dos dados do *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE).

Já o estudo 2, recorrerá a um método misto, numa lógica de investigação qualitativa e quantitativa, de plano concorrente na aplicação de um inquérito a uma população com 65 e mais anos. Para este inquérito, foi construído um questionário e selecionada um índice validade para o efeito, possibilitando observar e quantificar uma multiplicidade de dados.

Quanto ao estudo 3, seguiremos: *i)* uma metodologia qualitativa através de recolha e análise documental dos dispositivos locais promotores de um “envelhecimento ativo”; *ii)* o método

DELPHI para construção de um instrumento; *iii*) uma metodologia quantitativa de aplicação do instrumento. Em relação ao método DELPHI, cujos procedimentos realizados e resultados obtidos serão descritos em detalhe no capítulo 7, adiantamos que constitui uma técnica desenvolvida na década de 1950 para obter o consenso de opinião entre grupos de especialistas. Esta técnica tem vindo a ser utilizada numa variedade de configurações, permitindo a interação entre peritos, e é caracterizada pelo *i*) anonimato (conseguido através do uso de questionários, permitindo a liberdade de expressão de cada elemento sem ser pressionado por indivíduos dominantes); *ii*) interação (que ocorre ao longo de rondas, que permitem aos membros mudar de opinião); *iii*) feedback controlado (que tem lugar entre as rondas, em que cada membro é informado da opinião dos outros elementos); *iv*) agregação estatística da resposta do grupo, com indicação da força de consenso (Gnatzy, Warth, Gracht & Darkow, 2011; Rowe, Wright & Bolger, 1991),

4.3.1. SELEÇÃO E CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DE UNIDADES TERRITORIAIS DOS ESTUDOS 2 E 3

Enquanto a realização do estudo 1 recorreu a uma base de dados da população portuguesa (SHARE), para a realização dos estudos 2 e 3 foram seleccionadas duas unidades territoriais. Embora, por uma questão de racionalidade, tenhamos optado por descrever cada estudo em particular nos capítulos seguintes, são aqui apresentadas as razões da seleção e características das comunidades, que correspondem a dois municípios portugueses: Coruche e Oeiras.

Estes municípios foram seleccionados por conveniência, em termos de disponibilidade de colaboração e diversidade sociocultural e económica. Procuraram integrar-se concelhos com características diferenciadas aos níveis territorial, social, económico e de perfis populacionais. Não se pretendendo aqui enveredar pelas definições de territórios urbanos e rurais, interessou-nos sobretudo as comunidades no sentido geográfico e os estilos de vida das populações, tendo em conta que muitos aspetos do ambiente de uma determinada comunidade são importantes para os adultos mais velhos, tanto urbanos como rurais (Menec *et al.*, 2011). No seu conjunto, os dois municípios proporcionam uma amostra com grande expressão e diversidade populacional, seguindo-se uma breve descrição dos municípios seleccionados: Coruche e Oeiras.

Tabela VII - População Total e População 65+ em Coruche

		POPULAÇÃO TOTAL	POPULAÇÃO 65+	% POPULAÇÃO 65+
	CORUCHE (Município)	19944	5865	29,4%
	Coruche, Fajarda, Erra	11756	3180	27%
	Couço	2765	1033	37,4%
	São José da Lamarosa	1727	569	32,9%
FREGUESIA	Branca	1474	416	28,2%
	Biscainho	1074	315	29,3%
	Santana do Mato	1148	352	30,7%

(INE, 2011)

Coruche é sede de concelho com baixa densidade populacional (17,88 hab/km²) traduzida em 19944 habitantes e 1115,72 km² de área (INE, 2011). O município encontra-se dividido em 6 Freguesias: *i)* Biscainho; *ii)* Branca, *iii)* Coruche, Fajarda e Erra; *iv)* Couço, *v)* Santana do Mato e *vi)* São José da Lamarosa. De acordo com os censos 2011, dos 19944 habitantes, 5865 tem 65 e mais anos correspondendo a 29,4% da população. No mesmo ano, esta proporção de pessoas com 65 e mais anos era elevada em todas as freguesias, sendo a mais baixa em Coruche com 27% e a mais alta no Couço com 37,4% (Tabela VII).

Oeiras é sede de um concelho com elevada densidade populacional (3754,8 hab/km²). É uma das vilas mais populosas de Portugal, com 172120 habitantes e 45,84 km² de área (INE, 2011). Encontra-se subdividido em 5 freguesias: *i)* União das Freguesias de Algés, Linda-a-Velha e Cruz-Quebrada/Dafundo; *ii)* Freguesia de Barcarena; *iii)* União das Freguesias de Carnaxide e Queijas; *iv)* União das Freguesias de Oeiras e São Julião da Barra, Paço de Arcos e Caxias e *v)* Freguesia de Porto Salvo. De acordo com os dados dos Censos 2011, dos 172 120 habitantes 32969 têm mais de 65 anos, correspondendo a 19,2%. A proporção de pessoas com 65 e mais anos era, portanto, mais baixa que em Coruche mas mais alta que o país em geral (19,1%), variando desde os 14,3% na freguesia de Barcarena a 22,5% na freguesia de Algés, Linda-a-Velha e Cruz Quebrada (Tabela VIII).

Tabela VIII - População Total e População 65+ em Oeiras

		POPULAÇÃO TOTAL	POPULAÇÃO 65+	% POPULAÇÃO 65+
	OEIRAS (Município)	172120	32969	19,2%
	Barcarena	13861	1987	14,3%
	Carnaxide e Queijas	36288	5609	15,5%
FREGUESIA	Oeiras e São Julião da Barra, Paço de Arcos e Caxias	58149	12108	20,8%
	Algés, Linda-a-Velha e Cruz Quebrada	48665	10949	22,5%
	Porto Salvo	15157	2316	15,3%

(INE, 2011)

O município de Coruche é limitado a norte pelos municípios de Almeirim e Chamusca, a nordeste por Ponte de Sor, a leste por Mora, a sueste por Arraiolos, a sul por Montemor-o-Novo e pela fração secundária do Montijo, a oeste por Benavente e a noroeste por Salvaterra de Magos. Integra a região estatística NUTS II correspondente ao Alentejo e a sub-região NUTS III da Lezíria do Tejo. Já o município de Oeiras, situa-se na margem direita do estuário do Tejo e é limitado a norte pelos municípios de Sintra e Amadora, a leste por Lisboa, a oeste por Cascais e a sul tem costa na zona da foz do rio Tejo, onde o estuário termina e começa o oceano Atlântico, situando-se frente a Almada. Pertence à região estatística NUTS II de Lisboa, na sub-região estatística NUTS III de Grande Lisboa.

Enquanto, em 2011, a Lezíria do Tejo tinha uma esperança de vida à nascença de 79,09 e aos 65 anos de 18,22 anos, na Grande Lisboa a esperança de vida à nascença era superior, de 79,6 anos e aos 65 anos de 19,08 anos. No entanto, as duas regiões apresentam valores de esperança de vida inferiores aos da população portuguesa (Tabela IX).

Tabela IX - Esperança de Vida à Nascença e aos 65+ na Lezíria do Tejo, Grande Lisboa e Portugal

	LEZÍRIA DO TEJO	GRANDE LISBOA	PORTUGAL
ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA	79,09	79,6	80,7
ESPERANÇA DE VIDA AOS 65 ANOS	18,22	19,08	19,9

(INE, 2011)

Na Tabela X vemos, ainda, outros indicadores que nos permitem refletir sobre o envelhecimento demográfico nos dois concelhos. Apesar da esperança de vida ser maior na região da Grande Lisboa, em comparação com a Lezíria do Tejo, o índice de longevidade de Coruche é superior ao de Oeiras, bem como o índice de envelhecimento. O concelho de Coruche representa uma das zonas mais envelhecidas de Portugal, com um índice de envelhecimento⁹ superior à média do País. Aqui, a maior parte das pessoas vive em pequenos aglomerados populacionais e está predominantemente ligada ao setor agrícola, com uma taxa de analfabetismo de 14,59%. Já o município de Oeiras difere do anterior em termos de fatores sociodemográficos e económicos, com um índice de envelhecimento mais baixo e características sociais e territoriais mais urbanas, com uma taxa de analfabetismo muito inferior a Coruche, de apenas 2,22%. Vemos também que, em Coruche, há uma maior proporção de idosos que vivem sós, pois 15,56% das famílias são unipessoais com 65 e mais anos, um valor superior a Oeiras (10,62%).

⁹ Índice de Envelhecimento = (Pessoas 65+ / Pessoas 0-14) * 100

Tabela X - Indicadores Demográficos Oeiras, Coruche e Portugal

	CORUCHE	OEIRAS
ÍNDICE DE LONGEVIDADE (2011)	51,05	45,67
ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO (2011)	247,6	125
TAXA BRUTA DE NATALIDADE (‰) (2010)	7,1	11
% FAMÍLIAS UNIPESSOAIS 65+	15,56%	10,62%
TAXA DE ANALFABETISMO	14,59%	2,22%

(INE 2010, 2011)

A seleção de dois concelhos diferenciados parte da pretensão de comparar contextos, programas e necessidades populacionais, resultando em orientações capazes de serem transportadas para diferentes regiões do País. Os critérios para a seleção dos municípios basearam-se ainda no conhecimento prévio da existência de políticas reveladoras de preocupações com o envelhecimento populacional. Estas preocupações foram reveladas através de seminários e fóruns com recurso a conferencistas do meio académico, político, ação social e saúde, dirigidos a toda a população, organizados pelas autarquias; bem como da existência de programas de atividade física para seniores. Pensa-se que a adesão a programas e eventos desta natureza pode providenciar informação relevante sobre a ação do poder local nas questões e desafios associados à velhice.

4.3.2. ANÁLISE INTEGRATIVA E CONSIDERAÇÕES FUTURAS

Os dados obtidos em cada estudo foram trabalhados e discutidos autonomamente. Posteriormente, através da componente interventiva da investigação, da análise dos recursos existentes e meios de ação local, partimos para uma abertura de espaço futuro em termos de medidas inovadoras aptas a solucionar os problemas identificados pela população, mas que terá em conta os estudos relativos às populações acerca de como preparam e veem o seu envelhecimento. Os resultados dos três estudos foram, então, sujeitos a uma análise integrativa no sentido de perceber se as políticas são ou não eficazes e adequadas à população em questão. O desafio foi, então, imposto no sentido de adequar as iniciativas locais de acordo com a informação que a população disponibiliza e as orientações supranacionais, propondo inovação na promoção de um envelhecimento com bem-estar ao nível local. A partir da análise aprofundada procedeu-se à identificação das condições de implementação de um “envelhecimento ativo” com satisfação com a vida nas comunidades analisadas, produzindo diretrizes e orientações políticas.

CAPÍTULO 5 – ESTUDO 1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA 50+ A PARTIR DO SHARE

Para cumprir o objetivo *i) caracterizar a população portuguesa com 50 e mais anos, do ponto de vista sociodemográfico, condições em que decorre a vida das pessoas, recursos pessoais, práticas promotoras de saúde e bem-estar e representações relacionadas com o processo de envelhecimento*, realizámos o estudo 1. Trata do estudo da população portuguesa com 50 e mais anos a partir da análise dos dados do *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) *wave* 4, relativos a 2011, cuja metodologia, resultados e discussão são aqui apresentados.

5.1 INTRODUÇÃO

O SHARE consiste numa das principais fontes de informação da investigação europeia na área do envelhecimento e reforma, ao nível das Ciências Sociais. No respetivo *site*¹⁰ é disponibilizada para toda a comunidade científica uma base de dados Europeia de mais de 85.000 indivíduos com 50 e mais anos, de mais de 20 países, sendo da responsabilidade do *Max Planck Institute for Social Law and Social Policy* do *Munich Center for the Economics of Aging*. Portugal integrou o SHARE pela primeira vez em 2011, na *wave* 4, depois de um inquérito piloto e de um pré-teste realizados em 2010. Esta vaga foi financiada pela Comissão Europeia e pelo Alto Comissariado da Saúde, sob a coordenação científica da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa e do Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade (CECS) da Universidade do Minho. Embora, em 2013, se tenha dado início à segunda vaga portuguesa (*international wave* 6), sendo inquirida uma subamostra nacional sobre algumas questões económicas e sociais, com o financiamento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) e da Fundação Calouste Gulbenkian (FCG), nesta investigação utilizámos aos dados da *wave* 4.

O questionário do SHARE-*wave* 4 integra vários módulos de perguntas: dados demográficos; redes sociais; família e filhos; saúde física; risco comportamental; função cognitiva; saúde mental; cuidados de saúde; emprego e profissão; apoio social; transferências financeiras; alojamento; rendimento do agregado e consumo; bens; atividades; e expectativas. Perante o

¹⁰ <http://www.share-project.pt/>

espectro alargado de variáveis de saúde, estatuto socioeconómico, redes sociais e familiares, considerou-se uma fonte capaz de dar resposta ao estudo 1.

A população do SHARE *wave 4* para Portugal diz respeito a todos os residentes no país, de língua oficial Portuguesa, com 50 e mais anos à data de 2011. A amostra probabilística foi obtida através de um processo aleatório que ficou a cargo da empresa GfK-Metris. Os inquiridos foram recrutados através de um primeiro contacto telefónico, com marcação de uma entrevista pessoal. A realização desta entrevista foi assistida por computador, com recurso ao *software Blaise*, que incorporava o questionário SHARE. O questionário de todos os países onde o SHARE-*wave 4* foi aplicado diferiu apenas na língua, tendo cada país a responsabilidade da tradução. O CentERdata foi responsável pela construção do *software*, pela realização de formação a 2-3 pessoas de cada país no que respeita à aplicação e utilização das ferramentas do SHARE, bem como pela transformação dos dados de todos os países em formato *STATA* e *SPSS* (Börsch-Supan *et al.*, 2005; Malter *et al.*, 2013).

5.2 METODOLOGIA DO ESTUDO 1

Em termos metodológicos, o estudo 1 é um estudo quantitativo que analisa algumas variáveis do SHARE-*wave 4*. A seleção destas variáveis, representadas na Tabela XI e descritas em detalhe no Anexo I, teve em consideração a caracterização da população e o objetivo i).

Tabela XI - Variáveis selecionadas do SHARE wave 4 para o estudo 1

Sociodemográficas	Idade		
	Género		
	Escolaridade		
Económicas	O rendimento chega ao fim do mês		
	Situação perante o emprego		
Saúde e Doença	Avaliação subjetiva da saúde		
	Doenças crónicas		
	Sentir-se triste ou deprimido		
Estilos de vida e Participação	Número de refeições por dia	Limitação das atividades	Ocupação
	Consumo de tabaco	Atividade física intensa	Satisfação com as atividades
	Consumo de álcool	Atividade física moderada	Satisfação com a rede social
Representações	Expectativas para o futuro		
	Frequência com que a idade impede de fazer coisas que gostaria		
Satisfação com a vida	Satisfação com a vida		

Os dados obtidos a partir das variáveis selecionadas foram analisados quantitativamente com recurso ao *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) IBM SPSS Statistics 20*,

através de análise descritiva (uni e bivariada) e regressão linear múltipla. Este tratamento de dados deu origem ao que designámos de Resultados 1.

5.3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 1

De modo a facilitar a leitura, os Resultados 1 foram agrupados *i)* caracterização sociográfica e *ii)* condições de bem-estar no envelhecimento. No anexo IV podem consultar-se todas as tabelas correspondentes à análise descritiva e testes estatísticos cujos resultados foram estatisticamente significativos.

5.3.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOGRÁFICA DA AMOSTRA

Começamos por descrever grupos etários da amostra. Constituída por 2022 pessoas¹¹ com idades entre os 51 e os 99 anos, 42,4% da amostra tinha menos de 65 anos (51-65 anos); 34,7% tinha idade entre o 65 e os 74 anos, 17,2% tinha entre 75 e 84 anos e 4,7% tinha 85 ou mais anos (Tabela 1, Anexo IV). Em relação ao género, 44,1% da amostra era constituída por homens e 55,9% por mulheres (Tabela 2, Anexo IV). Verifica-se que a amostra apresenta uma estrutura etária regular, com um desenho assimétrico no que respeita ao género, existindo mais mulheres nas faixas etárias mais velhas, o que pode dever-se à sobremortalidade masculina observada na maioria das faixas etárias em comparação com a feminina.

Quanto à escolaridade, tal como se representa na Tabela XII, 49.6% da amostra apenas havia completado quatro anos de escolaridade, 10,6% estudou seis anos, 10,6% nove anos, 9% completou o ensino secundário (12 anos) e 11,4% tinha estudos superiores. Concluímos que a maior parte das pessoas é pouco escolarizada e destacamos ainda que 8,4% não tinha completado nenhum grau de escolaridade (algumas ainda se encontravam a estudar).

Tabela XII - Anos de escolaridade, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		ANOS DE ESCOLARIDADE								Total de respostas	Missing	Total
		4 anos	6 anos	9 anos	12 anos	>12 Estudos Superiores	Nenhum	Outro	Não Sabe			
Total	Freq	1000	214	213	181	231	171	3	4	2017	5	2022
	%	49,5%	10,6%	10,5%	9,0%	11,4%	8,4%	0,1%	0,2%	99,8%	0,2%	100,0%

¹¹ Apesar do SHARE wave 4 Portugal ter obtido dados relativos a 2080 indivíduos, de acordo com as variáveis seleccionadas o *software* (IBM SPSS Statistics 20) determinou que apenas 2022 respostas tinham conteúdo para a análise estatística pretendida.

As pessoas com idade mais avançada são as menos escolarizadas, tratando-se de uma associação estatisticamente significativa, tal como demonstrado pelo *Qui-quadrado Test*¹² (Tabela 4, Anexo IV). Tendo em consideração as diferenças de género, podemos afirmar que as mulheres mais velhas são menos escolarizadas que os homens, com uma associação de variáveis estatisticamente significativa através do *Qui-quadrado Test*¹³. 8,5% das mulheres não estudou em comparação com 3,6% dos homens; 50,2% das mulheres completou apenas o 1º ciclo do ensino básico, o que aconteceu com 48,8% dos homens; 1,1% dos homens e 0,4% das mulheres tinha doutoramento; 1,1% dos homens e 0,4% das mulheres tinha mestrado; 7,2% dos homens e 6,4% das mulheres era licenciado (Tabela 6, Anexo IV).

Em termos de situação perante o emprego, 56,3% das pessoas inquiridas estava reformada, 22,8% empregada ou a trabalhar por conta própria e 11,3% era doméstica (Tabela 8, Anexo IV). Ao averiguarmos se a situação perante o emprego diferia na variável idade, embora quanto maior era a idade maior era proporção de pessoas que estava reformada, desperta-nos a atenção que 23,2% das pessoas com menos de 65 anos já estava reformada (Tabela 9, Anexo IV). Verifica-se, ainda, que há uma maior proporção de homens reformados (66,4%) em comparação com as mulheres (48,6%) (Tabela 10, Anexo IV).

De uma forma conclusiva, podemos dizer que a população portuguesa com 50 e mais anos tem baixos níveis de escolaridade, sobretudo as mulheres e as pessoas de idade mais avançada. Tal já havia sido demonstrado nos resultados do INS (2005-2006), onde 83,4% tinha completado com sucesso menos de 5 anos de escolaridade (Fernandes *et al.*, 2012). Também os dados dos censos 2011 estão de acordo com estes resultados ao mostrarem que 9,33% das pessoas com 65 e mais anos (70,34% das mulheres 65+ e 29,65% dos homens 65+) não tinha nenhum nível de escolaridade completo e 27,51% tinha apenas o primeiro ciclo (50,73% das mulheres 65+ e 49,26% homens 65+) (INE, 2011).

¹² Sig < α = 0,05 (p=0,000) (Tabela 5, Anexo IV)

¹³ Sig < α = 0,05 (p=0,000) (Tabelas 7, Anexo IV)

5.3.2. PRINCIPAIS CONDIÇÕES DE BEM-ESTAR NO ENVELHECIMENTO

5.3.2.1 Satisfação com o rendimento mensal

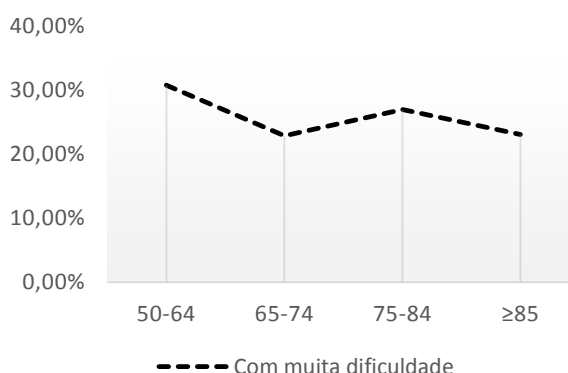
No que concerne à segurança económica, tal como se representa na Tabela XIII, 41,9% da amostra tinha dificuldades em fazer com que o rendimento mensal chegasse ao fim do mês (24,2% respondeu com alguma dificuldade e 17,7% com muita dificuldade).

Tabela XIII - Rendimento, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

RENDIMENTO MENSAL CHEGA AO FIM DO MÊS										
		SIM		NÃO		Não responde	Não sabe	Total de respostas	Missing	Total
		Facilmente	Com bastante facilidade	Com alguma dificuldade	Com muita dificuldade					
Total	Freq	123	333	489	357	5	13	1320	702	2022
	%	6.1%	16.5%	24.2%	17.7%	0,2%	0,6%	65,3%	34.7%	100,0%
	%	22,6%		41,9%						

Em relação à idade, mais de 60% dos indivíduos de todos os grupos etários refere muita ou alguma dificuldade em fazer com que o rendimento chegue ao fim do mês (Tabela 12, Anexo IV). O *Qui-quadrado Test*¹⁴ sinalizou diferenças significativas entre os grupos, verificando-se que, tal como representado na Figura 6, os grupos etários 50-64 anos e 75-84 são os que referem mais dificuldades económicas.

Figura 6 – “o rendimento chega ao fim do mês com muita dificuldade” e Idade, SHARE - wave 4 População 50+



Estatisticamente, verificou-se que a variável “o rendimento chega ao fim do mês” diferia de forma significativa na variável género¹⁵, mostrando que os homens relatam melhores condições financeiras: 10,7% dos homens e 8,1% das mulheres diz que o rendimento chega facilmente ao

¹⁴ Sig < α = 0,05 (p=0,034) (Tabela 13, Anexo IV)

¹⁵ *Qui-quadrado Test* com Sig < α = 0,05 (p=0,001) (Tabela 15, Anexo IV)

fim do mês, 29,9% dos homens e 21,9% das mulheres refere alguma facilidade (Tabela 14, Anexo IV). Concluimos, ainda, que nos indivíduos menos escolarizados há uma maior dificuldade em fazer com que o rendimento chegue ao fim do mês (Tabela 16, Anexo IV), tratando-se de uma diferença estatisticamente significativa¹⁶. Quanto à situação perante o emprego, ficou claro que os não reformados têm maior dificuldade em fazer com que o rendimento chegue ao fim do mês (Tabela 18, Anexo IV) bem como os desempregados (Tabela 20, Anexo IV), tal como demonstra o *Qui-quadrado Test*¹⁷.

Nesta altura, percebemos que a população portuguesa com 50 e mais anos (50+) evidencia dificuldades económicas, sobretudo os grupos etários mais velhos, as mulheres, os indivíduos menos escolarizados, as pessoas que não estão ainda reformadas e as que se encontram desempregadas. De facto, já no INS 2005-2006 a maioria dos portugueses 50+ apresentava baixas condições económicas, com um rendimento total mensal do agregado entre 351€ e 500€ (18,2%), com aproximadamente 10% das mulheres inquiridas a assumirem ter rendimentos inferiores a 250€ e apenas 5% dos homens na mesma situação (Fernandes *et al.*, 2012). No entanto, através de regressão linear múltipla ($R^2_{AJ} = 4,5\%$) concluimos que a escolaridade e a situação de desemprego são as variáveis mais predictoras, seguidas do género e da situação de reformado (os indivíduos que não se encontram reformados têm maiores dificuldades em fazer com que o rendimento chegue ao fim do mês). A idade perde, assim a sua importância como preditora desta variável (Tabela XIV).

Tabela XIV - Regressão linear múltipla, o rendimento chega ao fim do mês, SHAREwave 4 População 50+

Model	Coefficients ^a					Collinearity Statistics	
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.		
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	2,095	,067		31,369	,000		
Idade ¹⁸	-,005	,035	-,004	-,136	,892	,674	1,484
Reformado¹⁹	,166	,064	,087	2,578	,010	,648	1,543
Desempregado²⁰	-,426	,110	-,112	-3,887	,000	,893	1,120
Escolaridade²¹	-,004	,001	-,126	-4,442	,000	,919	1,088
Género ²²	,138	,053	,074	2,614	,009	,931	1,074

a. Dependent Variable: is household able to make ends meet

¹⁶ *Qui-quadrado Test* com Sig < $\alpha = 0,05$ (p=0,000) (Tabela 17, Anexo IV)

¹⁷ *Qui-quadrado Test* com Sig < $\alpha = 0,05$ (p=0,000) (Tabelas 19 e 21, Anexo IV)

¹⁸ Idade: 1=50-64; 2=65-74; 3=75-84; 4=85+

¹⁹ Reformado: 0=não; 1=sim

²⁰ Desempregado: 0=não; 1=sim

²¹ Escolaridade: 1=mais baixa; 5=mais alta

²² Género: 0=mulheres; 1=homens

5.3.2.2 Avaliação subjetiva da saúde e doenças

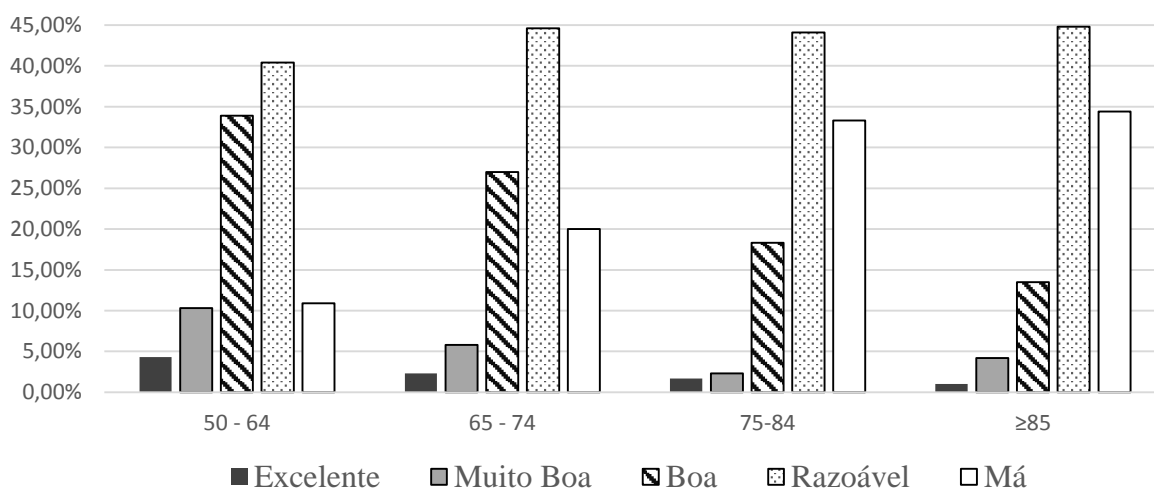
Analizando os dados sobre a saúde, responderam 2007 pessoas, correspondendo a 99,3% da amostra. Podemos começar por referir que 42,5% considera a sua saúde razoável, 27,5% acha que tem boa saúde e 18,9% descreve a sua saúde como má. Por oposição, uma baixa proporção de pessoas considera a sua saúde muito boa ou excelente (10%) (Tabela XV).

Tabela XV - Avaliação subjetiva da saúde, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

COMO DESCREVE A SUA SAÚDE									
	POSITIVO			NEGATIVO		Não Sabe	Total respostas	Missing	Total
	Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Má				
Freq	60	141	557	859	383	7	2007	15	2022
%	3,0%	7,0%	27,5%	42,5%	18,9%	0,3%	99,3%	0,7%	100,0%

Quisemos saber se a descrição de saúde diferia na variável idade e o total de respostas foi de 2001, correspondente a 99% da amostra. Conforme se pode ler na Figura 7, embora se registre uma ligeira melhoria no grupo etário 85+, a avaliação subjetiva da saúde piora significativamente com o avançar da idade²³ (Tabela 23, Anexo IV).

Figura 7 - Avaliação Subjetiva da Saúde entre os grupos etários, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+



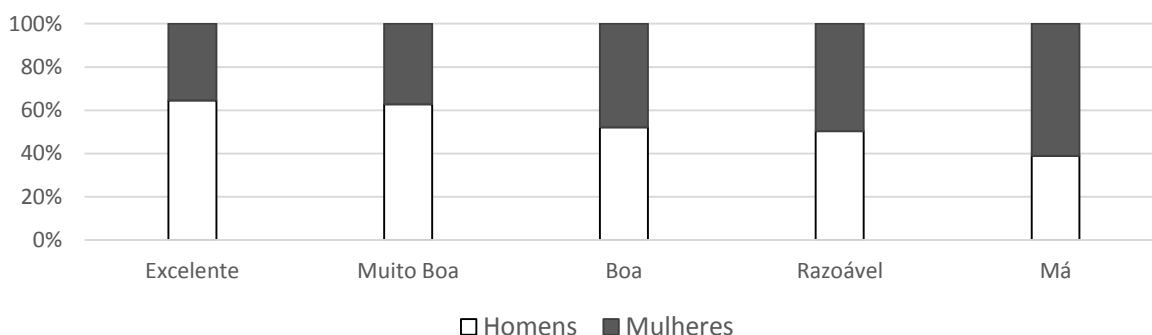
Tal como se representa na Figura 8, apurámos, também, que a descrição de saúde diferia estatisticamente na variável género²⁴, havendo uma maior percentagem de mulheres a descrever a sua saúde como má (22,7%) em comparação com os homens (14,5%). Por sua vez, há uma maior proporção de homens a considerar a sua saúde excelente, muito boa e boa (42,2%) em

²³ Qui-quadrado Test com Sig < α = 0,05 (p=0,000) (Tabela 24, Anexo IV)

²⁴ Qui-quadrado Test com Sig < α = 0,05 (p=0,000) (Tabela 26, Anexo IV)

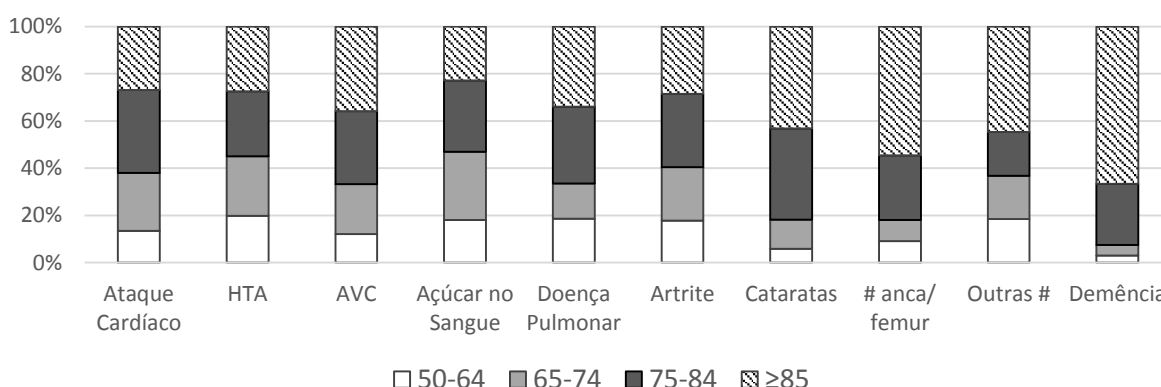
comparação com as mulheres (34,2%) (Tabela 25, Anexo IV). Os indivíduos mais escolarizados efetuaram uma descrição da saúde mais negativa (Tabela 27, Anexo IV), sendo uma associação estatisticamente significativa²⁵.

Figura 8 - Avaliação Subjetiva da Saúde, SHARE-wave 4 Homens e Mulheres Portugueses 50+



No que respeita a doenças, quase metade da amostra padece de doenças crónicas²⁶/ de longa duração (46,1%) (Tabela 29, Anexo IV) verificando-se que nos grupos etários mais velhos aumenta a percentagem de pessoas que sofre de doenças de longa duração (Tabela 30, Anexo IV), confirmado pelo *Qui-quadrado Test*²⁷. A HTA foi a doença específica mais frequente na amostra, referida por 42,4% dos inquiridos, seguida do colesterol LDL (37,4%), de artrite (29,1%) e diabetes (18,6%) (Tabela 32, Anexo IV). Na Figura 9, estão representadas as doenças mais frequentes entre os indivíduos mais velhos.

Figura 9 - Doenças específicas nos grupos etários, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+



²⁵ *Qui-quadrado Test* com Sig < α = 0,05 (p=0,000) (Tabela 28, Anexo IV)

²⁶ Segundo o Despacho Conjunto n.º 861/1999, doença crónica consiste na doença de longa duração, com aspetos multidimensionais, com evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitante, que implica gravidade pelas limitações nas possibilidades de tratamento médico e aceitação pelo doente cuja situação clínica tem de ser considerada no contexto da vida familiar, escolar e laboral, que se manifeste particularmente afetado.

²⁷ Sig < α = 0,05 (p=0,000) (Tabela 31, Anexo IV)

Embora a diferença de género não seja grande, há uma maior proporção de mulheres que sofre de doença de longa duração (48,8%) em comparação com os homens (43,4%) (Tabela 33, Anexo IV), confirmado por um *Qui-quadrado Test*²⁸, sendo significativa uma associação com as cataratas e artrite, mais frequentes no género feminino. A presença de doenças crónicas diferiu ainda nos diferentes graus de escolaridade, conforme confirmado estatisticamente²⁹ sendo maior nos indivíduos que não completaram nenhum grau de escolaridade (Tabela 35, Anexo IV).

Concluimos, assim, que a avaliação subjetiva da saúde é mais positiva nos homens, nas classes mais novas e nos indivíduos mais escolarizados. No entanto, a regressão linear múltipla ($R^2_{AJ} = 24,9\%$) mostrou que a variável “doenças crónicas” é a mais preditora da avaliação que o indivíduo faz da sua saúde (os inquiridos com doenças crónicas descrevem a sua saúde mais negativamente); seguida da idade e da facilidade/dificuldade com que o rendimento chega ao fim do mês, que influencia igualmente a avaliação que o indivíduo faz da sua saúde (os indivíduos cujo rendimento chega mais facilmente ao fim do mês efetuam descrições mais positivas do seu estado de saúde). A escolaridade perde, portanto, a sua influência no conjunto das variáveis analisadas (Tabela XVI).

Tabela XVI - Regressão linear múltipla, Como descreve a sua saúde , SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

Coefficients ^a								
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics		
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF	
1	(Constant)	3,448	,084		41,293	,000		
	Idade ³⁰	,215	,027	,196	7,841	,000	,933	1,072
	Escolaridade ³¹	,001	,001	,024	,961	,337	,909	1,100
	Género ³²	-,192	,048	-,097	-3,953	,000	,967	1,034
	O rendimento chega ao fim do mês ³³	-,201	,026	-,191	-7,706	,000	,948	1,055
	Doenças crónicas ³⁴	,675	,049	,341	13,801	,000	,950	1,052

a. Dependent Variable: health in general question 2

a. Dependent Variable: health in general question 2

Estes resultados estão em consonância com estudos anteriores realizados em Portugal, como o INS 2005/2006, que permitiu apurar que a avaliação do estado de saúde diminui com a idade e nas idades mais velhas há um pequeno aumento do número de pessoas que efetua uma avaliação

²⁸ Sig < $\alpha = 0,05$ ($p=0,015$) (Tabela 34, Anexo IV)

²⁹ *Qui-quadrado Test* com Sig < $\alpha = 0,05$ ($p=0,000$) (Tabela 36, Anexo IV)

³⁰ Idade: 1=50-64; 2=65-74; 3=75-84; 4=85+

³¹ Escolaridade: 0=mais baixa; 5=mais alta

³² Género: 0=mulheres; 1=homens

³³ O rendimento chega ao fim do mês: 1=com muita dificuldade; 4=facilmente

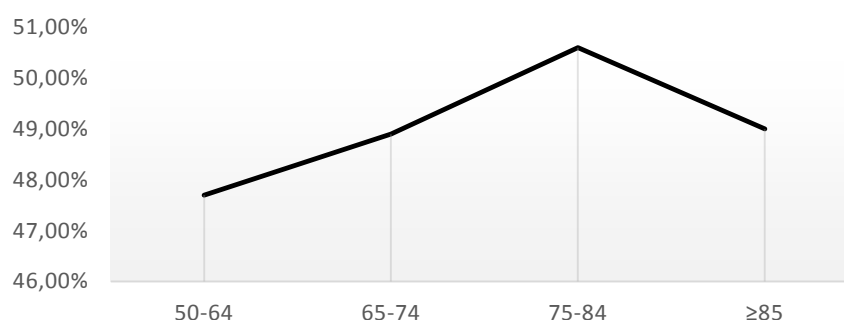
³⁴ Doenças crónicas: 0=não; 1=sim

positiva do seu estado de saúde (Fernandes *et al.*, 2012). À semelhança dos nossos resultados, concluíram que são as mulheres mais velhas quem, na generalidade, apresentam resultados mais desfavoráveis de autoavaliação do estado de saúde. Mais de 83,9% das mulheres inquiridas no INS considerou a sua saúde razoável, má ou muito má, comparativamente a 71,4% dos homens. Registaram também diferenças em relação à distribuição das doenças pelo género. À exceção de cálculos renais, as mulheres representam um número maior de casos diagnosticados para as outras doenças. Trata-se da polimorbilidade das mulheres destacada pelo facto de as mulheres terem um maior número de doenças crónicas e atingirem o seu valor máximo mais cedo (Fernandes *et al.*, 2012).

5.3.2.3 Saúde mental: sentir-se triste ou deprimido

Em termos de saúde mental, aproximadamente metade da amostra (48,2%) sentiu-se triste ou deprimida no último mês à data do inquérito (Tabela 37, Anexo IV), correspondendo a cerca de metade dos inquiridos dos 4 grupos etários criados (Tabela 38, Anexo IV). Embora tenhamos observado que a proporção de pessoas que se sentiu triste ou deprimida é maior nas idades mais avançadas, as variáveis não estão associadas³⁵. Na Figura 10 regista-se o comportamento desta variável nos grupos etários, verificando-se uma ligeira melhoria nas pessoas com 85 e mais anos.

Figura 10 – “sentir-se triste ou deprimido” e Grupos Etários, SHARE - wave 4 População Portuguesa 50+



Esta variável seleccionada inerente à saúde mental foi também cruzada com o género. 58,8% das mulheres sentiu-se triste ou deprimida, o que só aconteceu com 35,6% dos homens (Tabela 39, Anexo IV). O *Qui-quadrado Test*³⁶ confirma que as diferenças são significativas, podendo concluir que as mulheres se sentem mais tristes ou deprimidas em comparação com os homens. A variável “sentir-se triste ou deprimido” diferiu ainda consoante os anos de escolaridade, na

³⁵ *Qui-quadrado Test* com Sig > α = 0,05 (p=0,541)

³⁶ Sig < α = 0,05 (p=0,000) (Tabela 40, Anexo IV)

medida em que os indivíduos mais escolarizados sentiram-se menos tristes ou deprimidos (Tabela 41, Anexo IV), confirmado pelo *Qui-quadrado Test*³⁷.

Através de regressão linear múltipla ($R^2_{AJ} = 13\%$) percebemos que o género, o rendimento e a avaliação subjetiva da saúde são as variáveis mais preditoras de “sentir-se triste ou deprimido” (quanto maior a dificuldade em fazer com que o rendimento chegue ao fim do mês, mais se sentiram tristes ou deprimidos; quanto pior a avaliação do estado de saúde mais se sentiram tristes ou deprimidos); seguidas da satisfação com a rede social (quanto menos satisfeitos os indivíduos estão com a sua rede social mais se sentiram tristes ou deprimidos) (Tabela XVII).

Tabela XVII - Regressão linear múltipla, Sentir-se triste ou deprimido, SHARE wave 4 População Portuguesa 50+

		Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	,640	,124		5,164	,000	
	O rendimento chega ao fim do mês³⁸	-,078	,015	-,146	-5,184	,000	,877 1,141
	Escolaridade ³⁹	,000	,001	-,022	-,809	,419	,913 1,096
	Género⁴⁰	-,199	,028	-,199	-7,205	,000	,914 1,094
	Como descreve a sua saúde⁴¹	,090	,015	,178	5,822	,000	,747 1,339
	Doenças crónicas ⁴²	,052	,029	,052	1,777	,076	,829 1,206
	Idade ⁴³	-,010	,018	-,017	-,535	,593	,662 1,510
	Reformado ⁴⁴	,029	,034	,028	,852	,394	,633 1,580
	Desempregado ⁴⁵	,052	,057	,026	,918	,359	,883 1,133
	Satisfação com a rede social⁴⁶	-,023	,010	-,060	-2,251	,025	,988 1,012

a. Dependent Variable: sad or depressed last month

a. Dependent Variable: sad or depressed last month

5.3.2.4 Estilos de Vida, Participação, Atividade Física e Ocupacional

Relativamente às práticas e estilos de vida, a análise dos dados do SHARE permitiu-nos saber que a grande maioria da amostra (91,5%) efetuava três refeições por dia, apenas 9,9% fumava e 33,8% consumia álcool quase todos os dias (Tabelas 43 a 45, Anexo IV).

³⁷ Sig < $\alpha = 0,05$ (p=0,000) (Tabela 42, Anexo IV)

³⁸ O rendimento chega ao fim do mês: 1=com muita dificuldade; 4=facilmente

³⁹ Escolaridade: 1=mais baixa; 5=mais alta

⁴⁰ Género: 0=mulheres; 1=homens

⁴¹ Como descreve a sua saúde: 1=excelente; 5=má

⁴² Doenças crónicas: 0=não; 1=sim

⁴³ Idade: 1=50-64; 2=65-74; 3=75-84; 4=85+

⁴⁴ Reformado: 0=não; 1=sim

⁴⁵ Desempregado: 0=não; 1=sim

⁴⁶ Satisfação com a rede social: 1=insatisfeito; 10=satisfeito

As classes mais novas fumam mais⁴⁷ (Tabela 46, Anexo IV) e, embora esta amostra seja constituída por uma maior proporção de mulheres fumadoras em relação aos homens (Tabela 48, Anexo IV) as diferenças entre homens e mulheres não são estatisticamente significativas⁴⁸.

A variável consumo de álcool nos últimos 3 meses diferiu significativamente nas diferentes idades⁴⁹: os mais novos bebem com mais frequência, e no género⁵⁰: os homens bebem com mais frequência, verificando-se uma maior proporção de homens que consumia álcool quase todos os dias (54,9%) em relação às mulheres (Tabela 50 e 52, Anexo IV).

Apesar da prevalência de problemas de saúde, 49,9% da amostra não referiu limitações das atividades, 32,3% sente limitações, mas não são severas e apenas 16,7% se sentia severamente limitado (Tabela XVIII).

Tabela XVIII - Limitação nas atividades, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

	LIMITAÇÃO NAS ATIVIDADES				Total de respostas	Missing	Total
	Severamente Limitado	Limitado mas não severamente	Não limitado	Não Sabe			
Freq	338	653	1009	7	2007	15	2022
%	16,7%	32,3%	49,9%	0,3%	99,3%	0,7%	100,0%

Quando a variável limitação nas atividades é cruzada com a idade vemos que nos grupos etários mais velhos aumenta a percentagem de pessoas que se sente limitada nas suas atividades (Tabela 55, Anexo IV), sendo as diferenças significativas⁵¹. Vimos também que a proporção de mulheres que se sente severamente limitada nas atividades é superior à dos homens (20% das mulheres e 12,8% dos homens) (Tabela 57, Anexo IV), sendo as diferenças significativas⁵². Também a escolaridade difere estatisticamente⁵³ mostrando que os indivíduos menos escolarizados se sentem mais limitados nas atividades (Tabela 59, Anexo IV).

Em síntese, as pessoas mais velhas, as mulheres e os menos escolarizados sentem-se mais limitadas. No entanto, a regressão linear múltipla ($R^2_{AJ} = 42,2\%$) mostrou que a escolaridade perde a sua influência no conjunto das outras variáveis. A descrição da saúde é a variável mais preditora (quanto mais negativa é a avaliação subjetiva da saúde mais se sentem limitados),

⁴⁷ Qui-quadrado Test com Sig < $\alpha = 0,05$ (p=0,000) (Tabela 47, Anexo IV)

⁴⁸ Qui-quadrado Test com Sig < $\alpha = 0,05$ (p=0,063)

⁴⁹ Qui-quadrado Test com Sig < $\alpha = 0,05$ (p=0,000) (Tabela 51, Anexo IV)

⁵⁰ Qui-quadrado Test com Sig < $\alpha = 0,05$ (p=0,000) (Tabela 53, Anexo IV)

⁵¹ Qui-quadrado Test com Sig < $\alpha = 0,05$ (p=0,000) (Tabela 56, Anexo IV)

⁵² Qui-quadrado Test com Sig < $\alpha = 0,05$ (p=0,000) (Tabela 58, Anexo IV)

⁵³ Qui-quadrado Test com Sig < $\alpha = 0,05$ (p=0,000) (Tabela 60, Anexo IV)

seguida da variável doenças crónicas (os indivíduos com doenças crónicas sentem-se mais limitados), da idade (os mais velhos sentem-se mais limitados) e do rendimento (quanto mais dificuldade em fazer com que o rendimento chegue ao fim do mês, mais se sentem limitados). A escolaridade perde a sua força perante as outras variáveis (Tabela XIX).

Tabela XIX - Regressão linear múltipla, Limitação das atividades , SHARE - wave 4 População Portuguesa 50+

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error				Tolerance	VIF
(Constant)	3,522	,084		42,100	,000		
O rendimento chega ao fim do mês⁵⁴	,079	,017	,100	4,518	,000	,906	1,104
1 Escolaridade ⁵⁵	-,001	,001	-,032	-1,421	,155	,911	1,098
Género ⁵⁶	,085	,032	,058	2,665	,008	,956	1,046
Descrição da saúde ⁵⁷	-,251	,018	-,335	-13,698	,000	,749	1,335
Doenças crónicas ⁵⁸	-,485	,034	-,328	-14,118	,000	,828	1,207
Idade ⁵⁹	-,120	,018	-,146	-6,500	,000	,892	1,121

a. Dependent Variable: limited activities

Quanto à participação desportiva, aqui avaliada através da prática de atividade física, a maioria da amostra (56,7%) nunca ou quase nunca pratica atividades que exigem um esforço intenso (como desporto ou trabalhos pesados), destacando que 22,4% fazem-no mais que uma vez por semana. Ao averiguarmos as atividades que requerem um nível de energia moderado (por exemplo jardinagem, limpar o carro ou fazer uma caminhada) a proporção de indivíduos que as realiza mais de uma vez por semana sobe para 43,2%, com 27,1% responder quase nunca ou nunca (Tabela XX).

Tabela XX - Atividade Física, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		Mais de uma vez por semana	Uma vez por semana	Uma a três vezes por mês	Quase nunca ou nunca	Não sabe	Total de Respostas	Missing	Total
ATIVIDADE FÍSICA INTENSA	Freq	453	216	176	1147	6	1998	24	2022
	%	22,4%	10,7%	8,7%	56,7%	0,3%	98,8%	1,2%	100,0%
ATIVIDADE FÍSICA MODERADA	Freq	874	342	230	548	4	1998	24	2022
	%	43,2%	16,9%	11,4%	27,1%	0,2%	98,8%	1,2%	100%

⁵⁴ O rendimento chega ao fim do mês: 1=com muita dificuldade; 4=facilmente

⁵⁵ Escolaridade: 1=mais baixa; 5=mais alta

⁵⁶ Género: 0=mulheres; 1=homens

⁵⁷ Como descreve a sua saúde: 1=excelente; 5=má

⁵⁸ Doenças crónicas: 0=não; 1=sim

⁵⁹ Idade: 1=50-64; 2=65-74; 3=75-84; 4=85+

A prática de atividade física, quer intensa quer moderada difere nos grupos de idade⁶⁰ diminuindo nas idades mais avançadas (Tabela 62 e 64, Anexo IV) e difere ainda consoante o género^{61,62}. Há uma maior proporção de homens a praticar atividade física intensa com mais frequência e o mesmo aconteceu com a atividade moderada (Tabelas 66 e 68, Anexo IV).

A regressão linear múltipla ($R^2_{AJ} = 10,3\%$) mostrou que, a idade era a variável mais preditora da prática de atividade física moderada, seguida da limitação das atividades: quanto mais limitados os indivíduos se sentem em relação às atividades menor é a frequência com que praticam atividade física moderada (Tabela 70, Anexo IV). No que respeita à atividade física que obriga a um esforço intenso, a regressão linear múltipla ($R^2_{AJ} = 8,2\%$) demonstrou que, sendo a idade a variável mais preditora, segue-se a avaliação subjetiva da saúde (quanto mais positiva é a descrição da saúde maior é a frequência com que os inquiridos praticam atividade física de esforço intenso) e da limitação das atividades (quanto mais limitados os indivíduos se sentem em relação às atividades menor é a frequência com que praticam atividade física de esforço intenso) (Tabela XXI).

Tabela XXI - Regressão linear múltipla, Atividade física de esforço intenso, SHARE wave 4 População Portuguesa 50+

		Coefficients ^a						
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics		
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF	
1	(Constant)	2,636	,282		9,362	,000		
	Rendimento chega ao fim do mês ⁶³	-,048	,039	-,035	-1,242	,214	,892	1,121
	Escolaridade ⁶⁴	,002	,001	,047	1,687	,092	,909	1,100
	Género ⁶⁵	-,132	,070	-,052	-1,889	,059	,951	1,051
	Como descreve a sua saúde ⁶⁶	,136	,043	,105	3,190	,001	,654	1,530
	Doenças crónicas ⁶⁷	,006	,081	,002	,073	,942	,717	1,394
	Idade ⁶⁸	,207	,041	,145	5,045	,000	,864	1,158
	Limitação das atividades ⁶⁹	-,162	,061	-,094	-2,665	,008	,575	1,738

a. Dependent Variable: sports or activities that are vigorous

⁶⁰ Qui-quadrado Test com com Sig < $\alpha = 0,05$ ($p=0,000$) (Tabelas 63 a 65, Anexo IV)

⁶¹ Atividade Física de Esforço intenso: Qui-quadrado Test com Sig < $\alpha = 0,05$ ($p=0,000$) (Tabela 67, Anexo IV)

⁶² Atividade Física Moderada: Qui-quadrado Test com Sig < $\alpha = 0,05$ ($p=0,001$) (Tabela 69, Anexo IV)

⁶³ O rendimento chega ao fim do mês: 1=com muita dificuldade; 4=facilmente

⁶⁴ Escolaridade: 1=mais baixa; 5=mais alta

⁶⁵ Género: 0=mulheres; 1=homens

⁶⁶ Como descreve a sua saúde: 1=excelente; 5=má

⁶⁷ Doenças crónicas: 0=não; 1=sim

⁶⁸ Idade: 1=50-64; 2=65-74; 3=75-84; 4=85+

⁶⁹ Limitação das atividades: 1=severamente limitado; 3=não limitado

Agora debruçados sobre a participação cultural e ocupação, na Tabela XXII vemos que mais de metade da amostra se ocupa a ler livros, revistas e jornais (52,4%), 16,9% com jogos sociais como cartas ou xadrez, 15,5% faz jogos de números ou palavras (como sudoku ou palavras cruzadas) e 14,1% participa em atividades de organização religiosa. Na extremidade oposta, observamos uma baixa proporção de pessoas que frequenta uma organização, participa em cursos de educação e formação ou realiza atividade de voluntariado.

Tabela XXII - Ocupação, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

	Freq	%
Lê livros, revistas e jornais	1059	52.4%
Participa em jogos de interação social como cartas ou xadrez	342	16.9%
Faz jogos de palavras ou números	309	15.3%
Participa em atividades de organização religiosa	285	14.1%
Trabalho voluntário ou de caridade	149	7.4%
Frequenta um clube desportivo, social ou outro	143	7.1%
Participa em cursos de educação e formação	129	6.4%
Participa numa organização política ou comunitária	42	2.1%
Não faz nenhuma dessas atividades	698	34.5%

Apenas 63,8% da amostra respondeu quando questionado se estava satisfeito com as atividades que realiza. Considera-se uma taxa de resposta aceitável tendo em conta que 34,5% não realiza atividades. Dos respondentes, 88% está satisfeito (Tabela 71, Anexo IV). Considerando os que não fazem nenhuma das atividades descritas, respondeu à questão 34,5% da amostra que havia dito não fazer nenhuma das atividades mencionadas. Destes, 47,5% estava insatisfeito e 47% satisfeito (Tabela 72, Anexo IV).

5.3.2.5 Representações sociais relacionadas com o envelhecimento

No que respeita a expectativas para o futuro, 48,1% da amostra não mencionou nenhuma (Tabela 73, Tabela IV). Nos escalões etários mais velhos diminuiu a proporção de pessoas que mencionou expectativas, mostrando que a variável difere significativamente na idade⁷⁰ (Tabela 74, Anexo IV). Constatámos ainda que há uma maior proporção de mulheres que não mencionou expectativas para o futuro (50,1%) em comparação com os homens (46,6%), embora estatisticamente as diferenças não sejam significativas⁷¹ (Tabela 76, Anexo IV). Já em relação à escolaridade, a variável expectativas para o futuro diferiu entre as diferentes

⁷⁰ *Qui-quadrado Test* com Sig < α = 0,05 (p=0,000) (Tabela 75, Anexo IV)

⁷¹ *Qui-quadrado Test* com Sig > α = 0,05 (p=0,064)

escolaridades⁷², na medida em que nos grupos mais escolarizados aumenta a proporção de pessoas que menciona expectativas para o futuro (Tabela 77, Anexo IV).

Em conclusão, há uma grande proporção de pessoas que não refere expectativas para o futuro, principalmente os mais velhos e menos escolarizados. No entanto, a escolaridade e a idade, perdem a sua influência no conjunto das outras variáveis. Na Tabela XXIII verificamos, através da regressão linear múltipla ($R^2_{AJ} = 7,1\%$), que a avaliação subjetiva de saúde é a mais influente (quanto melhor a descrição da saúde maior a proporção de pessoas que menciona expectativas para o futuro), seguida da variável “o rendimento chega ao fim do mês” (quanto maior a dificuldade do rendimento chegar ao fim do mês, menor é a proporção de pessoas que menciona expectativas) e da satisfação com a rede social (quanto mais satisfeitos maior é a proporção de pessoas que menciona expectativas).

Tabela XXIII - Regressão linear múltipla, Expectativas para o futuro , SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

Coefficients ^a							
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error				Beta	Tolerance
(Constant)	,508	,153		3,315	,001		
O rendimento chega ao fim do mês⁷³	,064	,016	,121	4,135	,000	,874	1,144
Escolaridade ⁷⁴	,000	,001	,022	,773	,440	,925	1,081
Como descreve a sua saúde⁷⁵	-,104	,017	-,207	-6,131	,000	,656	1,524
1 Doenças crónicas ⁷⁶	,102	,032	,102	3,165	,002	,719	1,390
Idade ⁷⁷	-,033	,019	-,057	-1,698	,090	,654	1,529
Limitação das atividades ⁷⁸	-,026	,024	-,039	-1,086	,278	,588	1,702
Reformado ⁷⁹	-,067	,033	-,066	-2,037	,042	,701	1,427
Satisfação com a rede social⁸⁰	,039	,011	,101	3,668	,000	,989	1,011

a. Dependent Variable: hopes for the future

a. Dependent Variable: hopes for the future

Para além de analisarmos se os inquiridos mencionam ou não expectativas para o futuro, considerámos que a variável “com que frequência a idade o impede de fazer coisas que gostaria”

⁷² Qui-quadrado Test com Sig < $\alpha = 0,05$ ($p=0,000$) (Tabela 78, Anexo IV)

⁷³ O rendimento chega ao fim do mês: 1=com muita dificuldade; 4=facilmente

⁷⁴ Escolaridade: 1=mais baixa; 5=mais alta

⁷⁵ Como descreve a sua saúde: 1=excelente; 5=má

⁷⁶ Doenças crónicas: 0=não; 1=sim

⁷⁷ Idade: 1=50-64; 2=65-74; 3=75-84; 4=85+

⁷⁸ Limitação das atividades: 1=severamente limitado; 3=não limitado

⁷⁹ Reformado: 0=não; 1=sim

⁸⁰ Satisfação com a rede social: 1=insatisfeito; 10=satisfeito

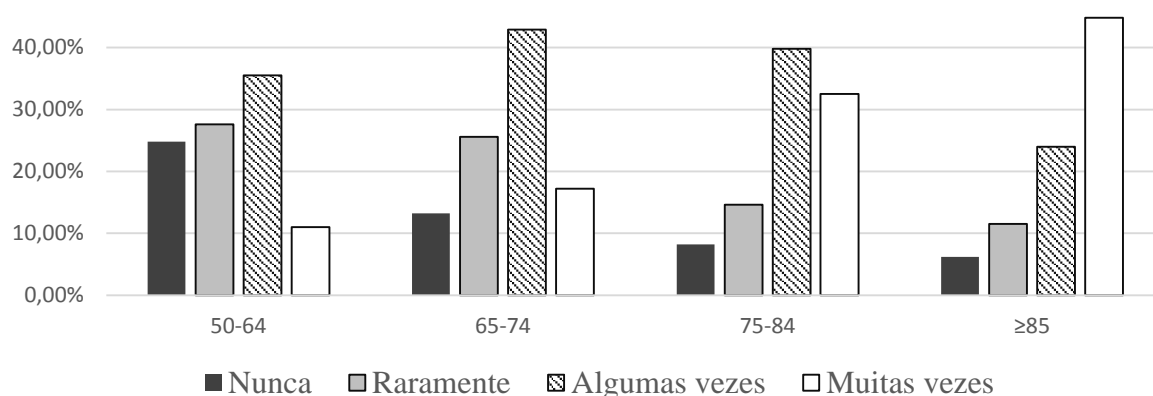
é passível de revelar percepções e representações relacionadas com o envelhecimento. Mais de metade da amostra (56,1%) considerou que a idade o impede de fazer coisas que gostaria algumas ou muitas vezes (Tabela XXIV).

Tabela XXIV - A idade impede de fazer coisas que gostaria, SHARE - wave 4 População Portuguesa 50+

A IDADE IMPEDE DE FAZER COISAS QUE GOSTARIA									
	NEGATIVO		POSITIVO		Não responde	Não sabe	Total de Respostas	Missing	Total
	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca					
Freq	369	767	476	339	4	42	1997	25	2022
%	18.2%	37.9%	23.5%	16.8%	,2%	2.1%	98,8%	1.2%	100%
	56,1%		40,3						

Nas idades mais avançadas aumenta a frequência com que a idade impede as pessoas de fazerem as coisas que gostariam (Tabela 80, Anexo IV), tal como se representa na Figura 11, comprovado estatisticamente pelo *Qui-quadrado Test*⁸¹.

Figura 11 - A idade impede de fazer coisas que gostaria, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+ por grupos etários



Os resultados foram ainda significativos quanto às diferenças de género⁸² e escolaridade⁸³. As mulheres referem que a idade as impede com mais frequência que os homens. 46,7% Homens e 36,3% mulheres responderam raramente ou nunca; 51,7% homens e 60,9% mulheres algumas ou muitas vezes (Tabela 82, Anexo IV). Nos grupos menos escolarizados aumenta a frequência com que a idade impede de fazer coisas que gostaria (Tabela 84, Anexo IV).

Concluimos que as mulheres, os indivíduos mais velhos e os menos escolarizados referem que a idade os impede de fazer coisas que gostariam com mais frequência. Contudo, através da

⁸¹ Sig < α = 0,05 (p=0,000) (Tabela 81, Anexo IV).

⁸² *Qui-quadrado Test* com Sig < α = 0,05 (p=0,000) (Tabela 83, Anexo IV)

⁸³ *Qui-quadrado Test* com Sig < α = 0,05 (p=0,000) (Tabela 85, Anexo IV)

regressão linear múltipla ($R^2_{AJ} = 21,7\%$) percebemos que, num conjunto mais alargado de variáveis, a limitação das atividades é a mais preditora (quanto mais limitados os indivíduos se sentem maior é a frequência com que a idade os impede de fazer coisas que gostariam), seguida da avaliação subjetiva da saúde (quanto mais negativa é a descrição da saúde maior é a frequência com que a idade impede de fazer coisas que gostariam), da idade (quanto mais velhos maior é a frequência com que a idade impede de fazer coisas que gostariam) e do rendimento (quanto mais dificuldade o rendimento tem de chegar ao fim do mês, maior é a frequência com que a idade impede os inquiridos de fazer coisas que gostariam). A escolaridade e o género perdem, portanto, a sua força de influência (Tabela XXV).

Tabela XXV - Regressão linear múltipla, A idade impede de fazer coisas que gostaria, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

Model	Unstandardized Coefficients		Coefficients ^a	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	2,385	,276		8,650	,000		
O rendimento chega ao fim do mês⁸⁴	,106	,028	,102	3,821	,000	,887	1,128
Escolaridade ⁸⁵	-,001	,001	-,035	-1,352	,177	,915	1,093
Como descreve a sua saúde⁸⁶	-,184	,031	-,186	-5,976	,000	,651	1,535
1 Doenças crónicas ⁸⁷	-,008	,058	-,004	-,136	,892	,719	1,390
Idade⁸⁸	-,193	,030	-,172	-6,400	,000	,869	1,151
Limitação das atividades⁸⁹	,270	,044	,201	6,106	,000	,581	1,720
Satisfação com a rede social ⁹⁰	,020	,019	,026	1,048	,295	,993	1,007
Género ⁹¹	,048	,051	,025	,960	,337	,953	1,050

a. Dependent Variable: age prevents from doing things

5.3.2.6 Satisfação com a vida

Por fim, fomos ainda analisar os dados relativos à satisfação com a vida e a maioria, 72,2%, estava satisfeita (Tabela 86, Anexo IV). O cruzamento com a idade permitiu verificar que as variáveis estão associadas⁹²: nas classes mais velhas diminui a proporção de pessoas cuja

⁸⁴ O rendimento chega ao fim do mês: 1=com muita dificuldade; 4=facilmente

⁸⁵ Escolaridade: 1=mais baixa; 5=mais alta

⁸⁶ Como descreve a sua saúde: 1=excelente; 5=má

⁸⁷ Doenças crónicas: 0=não; 1=sim

⁸⁸ Idade: 1=50-64; 2=65-74; 3=75-84; 4=85+

⁸⁹ Limitação das atividades: 1=severamente limitado; 3=não limitado

⁹⁰ Satisfação com a rede social: 1=insatisfeito; 10=satisfeito

⁹¹ Género: 0=mulheres; 1=homens

⁹² Qui-quadrado Test com Sig < $\alpha = 0,05$ ($p=0,004$) (Tabela 88, Anexo IV)

satisfação é positiva (6 ou mais na escala de 0 a 10) (Tabela 87, Anexo IV). Diferia, ainda, estatisticamente, em relação ao género⁹³: os homens estão mais satisfeitos que as mulheres (Tabela 89, Anexo IV); e à escolaridade⁹⁴: os grupos menos escolarizados estão menos satisfeitos (Tabela 91, Anexo IV).

Apesar da grande maioria da amostra estar satisfeita com a sua vida, depreendemos que são as mulheres, os mais velhos e os menos escolarizados que estão menos satisfeitos. No entanto, perante a estatística de regressão linear múltipla ($R^2_{AJ} = 22,3\%$), verificámos que o rendimento era a variável mais preditora (quanto maior a dificuldade em fazer com que o rendimento chegue ao fim do mês menos satisfeitos estão os indivíduos), seguido da avaliação subjetiva da saúde (quanto mais negativa é a descrição que as pessoas fazem do seu estado de saúde menos satisfeitas estão com a sua vida). A satisfação com a rede social era a terceira variável com mais influência (quanto menos satisfeitos os inquiridos estão com a rede social menos satisfeitos estão com a sua vida), seguida da limitação das atividades (quanto mais limitadas as pessoas estão menos satisfeitas se sentem com a sua vida) e, por fim, o género (as mulheres estão menos satisfeitas com a sua vida). A idade e a escolaridade perdem, assim, a sua força no conjunto de variáveis estudado (Tabela XXVI).

Tabela XXVI - Regressão linear múltipla, Satisfação com a vida, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

Coefficients ^a							
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	4,195	,572		7,332	,000	
	O rendimento chaga ao fim do mês ⁹⁵	,600	,059	,272	10,238	,000	,888 1,126
	Escolaridade ⁹⁶	,002	,002	,030	1,133	,258	,915 1,093
	Como descreve a sua saúde ⁹⁷	-,407	,064	-,194	-6,362	,000	,672 1,488
	Idade ⁹⁸	,020	,063	,008	,314	,753	,867 1,154
	Limitação das atividades ⁹⁹	,313	,087	,110	3,612	,000	,671 1,491
	Satisfação com a rede social ¹⁰⁰	,212	,041	,131	5,225	,000	,993 1,007
	Gênero ¹⁰¹	,452	,107	,109	4,236	,000	,951 1,051

a. Dependent Variable: how satisfied with life¹⁰²

a. Dependent Variable: how satisfied with life¹⁰²,

⁹³ Qui-quadrado Test com Sig < $\alpha = 0,05$ (p=0,000) (Tabela 90, Anexo IV)

⁹⁴ Qui-quadrado Test com Sig < $\alpha = 0,05$ (p=0,000) (Tabela 92, Anexo IV)

⁹⁵ O rendimento chega ao fim do mês: 1=com muita dificuldade; 4=facilmente

⁹⁶ Escolaridade: 1=mais baixa; 5=mais alta

⁹⁷ Como descreve a sua saúde: 1=excelente; 5=má

⁹⁸ Idade: 1=50-64; 2=65-74; 3=75-84; 4=85+

⁹⁹ Limitação das atividades: 1=severamente limitado; 3=não limitado

¹⁰⁰ Satisfação com a rede social: 1=insatisfeito; 10=satisfeito

¹⁰¹ Género: 0=mulheres; 1=homens

¹⁰² Satisfação com a vida: 1= insatisfeito; 10=satisfeito

5.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 1

Os resultados do estudo 1 permitem discutir alguns aspetos, em termos de características da população portuguesa, que importam refletir do ponto de vista das condições de envelhecimento, tendo em conta o objetivo geral desta pesquisa.

Grande parte da população portuguesa com 50 e mais anos tem baixa escolaridade, sendo mais evidente nos grupos etários mais avançados. Assim, a comunidade deve adequar-se a estas características, sendo necessários programas dirigidos a pessoas com baixa literacia, com implicações em diversas condições de envelhecimento. Mas pensemos também que, sendo mais escolarizados, os mais novos chegarão às idades mais avançadas com diferentes necessidades e aspirações, sobretudo no que respeita a atividades educacionais e culturais, o que exige inovação e oportunidades de manutenção dos modos de vida. Estas reflexões vão ao encontro dos desafios expostos no capítulo 1, acerca da necessidade de criação de respostas locais que aumentem as oportunidades de participação social, cultural, educativas e de ocupação; associada a uma população cada vez mais heterogénea. Fonseca *et al.* (2016) pronuncia-se sobre esta evolução do perfil das pessoas mais velhas, referindo-se aos “novos reformados”, resultantes de uma melhor condição de saúde e forma física, níveis de escolaridade mais elevados e estatuto socioeconómico mais favorável, apresentando características que os diferenciam das gerações anteriores. Tratam de previsões a ter em consideração no desenvolvimento de políticas que objetivem a melhoria do bem-estar de todos os que envelhecem, na medida em que, segundo o mesmo autor, estas características populacionais manifestam-se na participação em atividades culturais, cultivo de relações sociais, viagens, hábitos de consumo, cuidados da saúde, valorização social, criação de projetos para a reforma e viver na sua própria casa enquanto for possível (Fonseca *et al.*, 2016).

Acerca da situação perante o emprego, o facto de 23,2% das pessoas com menos de 65 anos já estar reformada leva-nos a questionar as tendências e incentivos à manutenção das pessoas no mercado de trabalho o maior tempo possível. É nesta altura que lembramos os problemas arrastados na sociedade deste a crise do Estado Social (analisada no capítulo 2), com as consequências das reformas antecipadas para as gerações mais novas e encargos financeiros impostos ao Estado, que clarificámos no primeiro capítulo. Os resultados deste estudo evidenciam que há uma maior proporção de homens reformados em comparação com as mulheres. Especula-se agora quanto aos motivos da manutenção das mulheres no mercado de trabalho poderem estar associados não a uma vontade própria, mas a necessidades económicas.

Isto se tivermos em mente fenômenos já analisados na revisão da literatura, como o crescimento mais recente do trabalho feminino, produzindo carreiras profissionais mais precárias do lado das mulheres. Efetivamente, quase metade da amostra assume ter dificuldade em fazer com que o rendimento chegue ao fim do mês, sobretudo as mulheres, os indivíduos que não se encontram reformados e as pessoas em situação de desemprego. Por outro lado, verificámos que a satisfação com o rendimento melhora na idade na reforma, 65-74 anos.

A saúde mantém o seu lugar como primeiro pilar da perspectiva de “envelhecimento ativo”, que apela ao desenvolvimento de medidas de melhoria da saúde física, mental e social, estratégias preventivas de doença articuladas ao longo da vida, meios de diagnóstico e tratamento. É neste pilar que podemos lembrar-nos que a política de “envelhecimento ativo” se aplica a pessoas de todas as idades, incluindo os frágeis e deficientes (Bárrios, 2015). Referimo-nos à saúde na sua perspectiva mais abrangente, que considera: *i*) a saúde social, para uma adaptação ao processo de envelhecimento, bem como o valor da saúde; *ii*) a saúde física, perante o declínio funcional associado à idade; *iii*) e a saúde mental. Este estudo destaca a importância da saúde mental ao concluir que metade da amostra sentiu-se triste ou deprimido, sobretudo os indivíduos mais velhos, com dificuldades no rendimento e com pior avaliação subjetiva da saúde.

Vimos, ainda, que a avaliação subjetiva é menos positiva nas mulheres, nos indivíduos mais velhos e menos escolarizados. São também estes que referem maior número de doenças crónicas e que se sentem mais tristes e deprimidos. Destas considerações reforça-se a importância da criação de ações de literacia e educação para a saúde.

Ainda no que concerne à saúde, tanto a avaliação subjetiva da saúde como a variável de saúde mental “sentir-se triste ou deprimido” registaram uma melhoria nos indivíduos com 85 e mais anos. Tal como o estudo de Fernandes *et al.* (2012) a partir do INS 2005-2006, há uma idade charneira a partir da qual a perceção das pessoas em relação à sua saúde se torna mais positiva. Especula-se que atuem aqui os fatores associados à resiliência, bem como a sobrevivência das pessoas com melhores condições de vida.

Sabe-se que um estilo de vida saudável reduz o risco de todas as causas específicas de mortalidade, existindo uma relação entre a saúde física, cognitiva e social com o estilo de vida (Bogers, Tijhuis, van Gelder & Kromhout, 2005). Os ganhos alcançam-se, então, se as pessoas mais velhas alterarem o seu estilo de vida para formas mais saudáveis. Existem hoje diferentes formas de medir aspetos do estilo de vida, como o tabagismo (mortes relacionadas ao tabaco, fumadores por idade e sexo), álcool (mortes relacionadas ao álcool, o consumo total de álcool),

nutrição e desnutrição (índice de massa corporal, pessoas com excesso de peso por faixa etária, número médio de calorias, quantidade média de cereais, frutas e legumes), atividade física (tempo gasto, gasto de energia) e meio ambiente (habitação, água, ar, alimentos etc.) (Healthy Aging Project, 2007). Este estudo fornece-nos algumas conclusões sobre os estilos de vida dos mais velhos. Vimos que uma baixa proporção de pessoas fuma (9,9%). De facto, os estudos mostram que a prevalência em relação ao tabagismo é menor nas idades mais elevadas porque os fumadores morrem mais cedo (Healthy Aging Project, 2007). Quando ao consumo de álcool, 33,8% consome álcool quase todos os dias e os homens bebem álcool com mais frequência que as mulheres. As práticas não salutogénicas por parte dos homens portugueses com 50 e mais anos já haviam sido identificadas por Fernandes *et al.* (2012).

A prática de atividade física regular promove uma vida independente mesmo nas idades mais avançadas (WHO, 2004; Young & Dinan, 2005). Está associada a uma diminuição do declínio funcional, ganhos em saúde (controlo de peso, sensação de bem-estar, redução da morbilidade, limitação da perda óssea e redução da probabilidade de fraturas) (Healthy Aging Project, 2007), redução do risco para todas as causas de mortalidade (doença cardiovascular, acidente vascular cerebral isquémico, a diabetes não-insulino-dependente, cancros do cólon, osteoporose, depressão e queda lesões relacionadas) (Caprara *et al.*, 2013; Heath *et al.*, 2006) e redução do risco de demência (Berke *et al.*, 2007). Evidências crescentes sugerem que a prática de atividade física de forma regular traz benefícios em alguns aspetos da doença mental em pessoas mais velhas. Representa um fator de proteção e preservação das áreas cerebrais responsáveis pela cognição (Tyndall *et al.*, 2013), contribui para a manutenção do funcionamento cognitivo, manutenção da memória (Teixeira, Vasconcelos-Raposo, Fernandes & Brustad, 2013) diminuição dos sintomas depressivos e dos níveis de ansiedade (Minghelli *et al.*, 2013), tanto em idosos saudáveis como com demências, especificamente a Doença de Alzheimer (Hernandez, Coelho, Gobbi & Stella, 2010; Vital *et al.*, 2012). Na verdade, a preservação das funções cognitivas pode diminuir o risco de ocorrência de doenças neurodegenerativas (como a Doença de Alzheimer) ou atrasar o declínio cognitivo em doentes diagnosticados (Geda *et al.*, 2010; Hernandez *et al.*, 2010).

Além disso, de acordo com Steptoe *et al.* (2015), a atividade física está consistentemente correlacionada com o bem-estar, sendo, dos fatores de estilo de vida, o elo mais importante entre o bem-estar subjetivo e a saúde. Vistas numa perspetiva multissetorial, as atividades de exercício físico contribuem significativamente não só para o bem-estar físico e emocional como também para o bem-estar social e qualidade de vida, ou seja, a manutenção do vínculo à

sociedade em geral. Isto porque a evidência sugere que a atividade social significativa ajuda a promover a autonomia e o bem-estar na vida adulta, proporcionando maior felicidade e melhoria da qualidade de vida (Gabriel & Bowling, 2004).

No entanto, a região europeia mostra um declínio contínuo na atividade física em todos os grupos etários, com altos níveis de inatividade (WHO, 2002). Tanto as mulheres como os homens tendem a tornar-se progressivamente menos ativos à medida que envelhecem e no final de vida apenas uma pequena minoria é ativa o suficiente para beneficiar na sua saúde e bem-estar (isto é, de acordo com as recomendações de pelo menos 30 minutos de atividade moderada ou intensa todos/ a maioria dos dias da semana) (Healthy Aging Project, 2007). Outros estudos concordam concluindo que os níveis de atividade declinam com a saída do mercado de trabalho (Berger, Der, Mutrie & Hannah, 2005). Estas considerações vão ao encontro dos resultados deste estudo 1, ao concluir que a maioria (56,7%) nunca ou quase nunca pratica atividades que exigem um esforço intenso (como desporto ou trabalhos pesados) e que a prática de atividade física diminui com a idade, embora estivesse ainda relacionada com a limitação das atividades e a avaliação subjetiva da saúde. Merece, ainda, a nossa atenção o facto de apenas 7,1% frequentar um clube desportivo, deduzindo que os restantes praticantes de exercício físico o façam autonomamente.

Mais de metade da amostra ocupa o seu tempo com atividades não organizadas, como: ler, jogos de interação social, jogos de palavras ou números. Na mesma ordem de ideias, uma baixa proporção de pessoas frequenta uma associação, curso de educação, ação de formação ou organização de voluntariado. Depreendemos, assim, que as pessoas se organizam nas suas atividades ocupacionais autonomamente. Porém, quase metade das pessoas que não mencionou atividades está insatisfeita, o que nos leva a refletir sobre a pertinência de iniciativas culturais e recreativas estruturadas. Questionamo-nos acerca da abrangência e acessibilidades destes eventos que podem ser desvalorizados por uns, mas úteis determinadas franjas da população. Na realidade, a participação das pessoas mais velhas em organizações políticas ou de caridade varia nos países europeus. Em Portugal, os grupos etários mais jovens são mais bem representados que os grupos de idade avançada (Healthy Aging Project, 2007). Tal como diz Walker (2002b), é certo que a participação na comunidade, muitas vezes orientada para aqueles com 70 anos ou mais, pode ser diferente das componentes essenciais para a promoção de um “envelhecimento ativo” das pessoas com 50+ ou 60+ anos. Além disso, a cultura e estilo de vida podem ditar a aplicabilidade ou necessidade de tais programas, ao reconhecê-la como um

determinante transversal da vida das pessoas, de acordo com a proposta de “envelhecimento ativo” (WHO, 2002) em que assentam as nossas análises.

Para terminar esta primeira discussão, apesar das perspectivas em relação ao envelhecimento se terem vindo a tornar cada vez mais positivas, com discursos e políticas suportadas em paradigmas como o “envelhecimento ativo”, neste estudo constatámos alguns indicadores passíveis de analisar sob a perspectiva de *ageism* e sentimentos discriminatórios. Quase metade dos inquiridos não mencionou expectativas para o futuro, sobretudo os mais velhos. À semelhança, mais de metade referiu que a idade impede de fazer coisas que gostaria algumas ou muitas vezes, especialmente nas categorias etárias mais avançadas. Para efeitos políticos, podemos dizer que persistem ainda atitudes de conotação negativa em relação à idade (que questionámos no primeiro capítulo desta pesquisa), colocando problemas à ação pública. Deste modo, salientamos a potencialidade das abordagens políticas assentes na perspectiva integrada proposta no capítulo 3, incidindo numa visão ao longo do curso de vida, capazes de reverter algumas tendências discriminatórias associadas à idade, que influenciam o comportamento e as representações dos indivíduos.

CAPÍTULO 6 – ESTUDO 2. UM INQUÉRITO SOCIODEMOGRÁFICO À POPULAÇÃO 65+ EM DOIS MUNICÍPIOS

O cumprimento do objetivo ii) *Caracterizar uma população com 65 e mais anos, em termos sociodemográficos, recursos pessoais (literacia, rede social e habitat), práticas e hábitos promotores de saúde e bem-estar, determinando as suas necessidades e aspirações, conhecendo as suas perceções e representações relacionadas com o processo de envelhecimento e percebendo a avaliação que as pessoas fazem dos recursos locais disponíveis e da governança*, implicou a realização do estudo 2. Este estudo teve lugar nas duas unidades territoriais diferenciadas já selecionadas, municípios de Coruche e Oeiras, compreendendo a aplicação de um inquérito.

6.1 METODOLOGIA DO ESTUDO 2

Para o estudo 2 considerou-se adequada a utilização de uma metodologia mista (que privilegia tanto a abordagem qualitativa como a quantitativa), de plano concorrente na aplicação de um inquérito a uma população com 65 e mais anos. Do inquérito constou um questionário semiestruturado (Anexo II) e o instrumento *Índice de Satisfação com a Vida* (ISV) (Anexo III), ambos de administração indireta.

O questionário foi construído para o efeito, tendo em conta o objetivo ii) e a formulação das questões foi orientada pelo questionário do SHARE-wave 4, em conformidade com o ISV. Teve ainda em consideração que procurava captar informação de grupos participantes em programas socioculturais ou de atividade física, e pessoas que não se encontram ligadas a qualquer associação ou atividades da comunidade. O ISV, construído e validado para a população portuguesa com 65 e mais anos por Fonseca *et al.* (2011), permitiu a medição do bem-estar da população, em particular o bem-estar subjetivo na sua expressão de satisfação com a vida. O questionário e o ISV foram aplicados conjuntamente, por ordem aleatória mediante entrevista¹⁰³.

¹⁰³ As entrevistas com recurso ao questionário e ISV foram realizadas por alunos do ensino secundário de três escolas dos dois municípios selecionados: Escola Secundária de Coruche, Escola Básica e Secundária Amélia Rey Colaço e Escola Secundária Camilo Castelo Branco. Os alunos foram previamente instruídos de duas formas: i) na escola de Coruche, através de um programa estágio de investigação Ciência Viva, no CICS.NOVA – FCSH/UNL realizado em 2014; ii) nas escolas de Oeiras a formação de aplicação dos questionários foi realizada com os diretores de Turma que, por sua vez, instruíram os alunos, em 2015.

Os dados recolhidos através da aplicação do questionário, relativamente às dimensões, categorias e variáveis permitidas pelas questões de resposta fechada, bem como relativos ao ISV, foram sujeitos a uma análise estatística, através do *software* (IBM SPSS Statistics 20). No que concerne ao tratamento de dados das respostas obtidas por recurso a questões abertas, procedeu-se a uma análise de conteúdo. Estas informações, uma vez respeitantes à mesma amostra, foram analisadas em conjunto, dando origem aos Resultados 2.

6.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 2

Para simplificar a leitura, os dados obtidos via questionário foram agrupados em: *i*) caracterização sociográfica, *ii*) principais condições de bem-estar no envelhecimento, à semelhança da apresentação dos Resultados 1. No último ponto deste sub-capítulo (6.2.3) surgem os resultados da avaliação da satisfação com a vida a partir da aplicação do ISV, apresentados de forma isolada pelos fatores que o compõem: *i*) serviços e recursos, *ii*) saúde e segurança, *iii*) residência e sociabilidade. Importa ainda referir que nos Anexos V e VI podem consultar-se todas as tabelas correspondentes à análise descritiva e testes estatísticos cujos resultados foram estatisticamente significativos.

6.2.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOGRÁFICA DA AMOSTRA

A amostra residia em diferentes concelhos distribuídos por todo o país, maioritariamente munícipe de Oeiras (53,1%), 13,1% vivia em Coruche e 8,1% em Lisboa (Tabela 1, Anexo V). Foram inquiridos 160 indivíduos, sendo 107 mulheres (66,9% da amostra) e 53 homens (33,1% da amostra). Tal como no estudo 1, também a amostra deste estudo 2 tem um desenho assimétrico no que respeita ao género, composta por mais mulheres que homens.

A idade dos indivíduos variou entre 40 e 93 anos, mas, a grande maioria (92,5%) tinha 65 ou mais anos, sendo esta a população alvo do estudo. Para efeitos de relação com outras variáveis criámos os mesmos 4 grupos etários do estudo 1, verificando que 7,5% tinha menos de 65 anos, 52,5% tinha entre 65 e 74 anos, 34,4% entre 75 e 84 anos e 5,6% tinha 85 ou mais anos (Tabela XXVII).

Tabela XXVII - Categorias etárias, Estudo 2

		Freq	%	%
IDADE	<65	12	7,5	92,5%
	65 - 74	84	52,5	
	75-84	55	34,4	
	≥85	9	5,6	
	Total	160	100,0	100,0

Na generalidade, a amostra caracteriza-se por um baixo nível de escolaridade. 6,9% não estudou, 38,1% completou até quatro anos de escolaridade, 23,1% completou 6 ou 9 anos, 6,9% o ensino secundário e 13,8% o ensino superior (Tabela XXVIII).

Tabela XXVIII - Escolaridade, Estudo 2

		ANOS DE ESCOLARIDADE						Total
		4 anos	6 anos	9 anos	12 anos Ensino Secundário	> 12 anos Ensino Superior	Não estudou	
Total	Freq	61	9	28	11	22	11	160
	%	38,1%	5,6%	17,5%	6,9%	13,8%	6,9%	100%

Nas idades mais avançadas a escolaridade é mais baixa, sendo esta relação entre as variáveis idade e escolaridade significativa¹⁰⁴ no que respeita aos grupos <65 e 75-84 anos <65 e 85+ (Tabela 4, Anexo V). Quanto ao género, embora as diferenças não tenham sido estatisticamente significativas¹⁰⁵, observámos um nível de escolaridade superior nos homens em relação às mulheres. 15,1% dos homens e apenas 13,1% das mulheres tinha estudos superiores; 7,5% dos homens e apenas 6,5% das mulheres estudou até ao ensino secundário; 18,9% dos homens e apenas 16,8% das mulheres estudou 9 anos; 7,5% das mulheres não estudou em comparação com 5,7% dos homens (Tabela 6, Anexo V).

Relativamente à situação perante o emprego, 92,5% dos indivíduos estava reformado e 61,9% referiu não exercer qualquer atividade pós-reforma. Apesar de 51,9% dos indivíduos mencionar a idade como motivo da reforma, 42,5% reformou-se com menos de 65 anos (Tabela 7, Anexo V). Chama-nos a atenção o facto de 41,7% dos inquiridos com menos de 65 anos já estar reformado (Tabela 8, Anexo V) e de existir uma maior proporção de homens reformados em relação às mulheres (96,2% e 90,7%, respetivamente) (Tabela 9, Anexo V).

No que concerne ao agregado familiar, 59% da amostra envelhece a dois. 56% vive com o cônjuge ou companheiro, 22,5% vive sozinho e 18,8% com familiares (Tabela 10, Anexo V).

¹⁰⁴ *Kruskal Wallis Test* com Sig < α = 0,05 (p = 0,003) (Tabela 5 Anexo V)

¹⁰⁵ *Mann-Whitney Test* com Sig > α = 0,05 (p = 0,085)

Os dados permitiram-nos constatar que o número do agregado familiar difere significativamente na variável género. Os homens integram agregados familiares com um maior número de pessoas¹⁰⁶, havendo uma maior proporção de mulheres que envelhece só (27,9%) em comparação com os homens (11,3%) (Tabela 11, Anexo V).

Em conclusão, tal como no estudo 1, a população inquirida tem baixa escolaridade, sobretudo as mulheres e as pessoas das categorias etárias mais avançadas. A grande maioria está reformada e mais de metade não exerce qualquer atividade pós-reforma. Uma proporção de pessoas considerável envelhece sozinha, especialmente os inquiridos do género feminino.

6.2.2 PRINCIPAIS CONDIÇÕES DE BEM-ESTAR NO ENVELHECIMENTO

6.2.2.1 Satisfação com o rendimento mensal e ajuda financeira

Relativamente à segurança económica, 66,3% da amostra confessa que o rendimento mensal chega ao fim do mês e 29,4% diz que não (Tabela XXIX).

Tabela XXIX - O rendimento chega ao fim do mês, Estudo 2

RENDIMENTO MENSAL CHEGA AO FIM DO MÊS							
	SIM			NÃO			Total
	sim e é sempre superior aos gastos	sim perfeitamente	é a conta certa para as despesas	há meses que não	raramente ou nunca	não responde	
Freq	17	39	50	33	14	7	160
% Total	10,6%	24,4%	31,2%	20,6%	8,8%	4,4%	100,0%
% Total	66,3%			29,4%			

Sobre a disponibilidade financeira acrescenta-se que 48,1% da amostra tem a quem recorrer para ajuda financeira caso necessite e 40,6% não (Tabela 14, Anexo V). Apesar dos grupos *i) ter ajuda financeira* e *ii) não ter ajuda financeira* não diferirem de forma significativa na variável “o rendimento chega ou não ao fim do mês”^{107,108}, é merecedor da nossa atenção o facto de 27,7% das pessoas que não têm ajuda financeira o rendimento também não chega ao fim do mês (Tabela 15, Anexo V).

¹⁰⁶ Mann-Whitney Test com Sig < α = 0,05 (p = 0,036) (Tabela 12, Anexo V)

¹⁰⁷ Mann-Whitney Test com Sig > α = 0,05 (p = 0,373)

¹⁰⁸ Qui-quadrado Test com Sig > α = 0,05 (p = 0,953)

Procurámos perceber se as variáveis de segurança económica diferiam nos grupos etários criados. Os indivíduos das classes mais velhas referiram maior dificuldade em fazer com que o rendimento chegue ao fim do mês, destacando-se que 44,4% das pessoas com 85 e mais anos diz que o rendimento raramente ou nunca chega ao fim do mês. No entanto, esta relação não foi confirmada estatisticamente¹⁰⁹. Observámos, ainda, que nos grupos mais velhos há uma maior percentagem de pessoas com ajuda financeira caso necessite, ainda que esta associação também não tenha sido estatisticamente significativa¹¹⁰ (Tabelas 16 e 17, Anexo V).

Fomos, de seguida, averiguar diferenças da segurança financeira no género, constatando que há uma maior percentagem de mulheres com dificuldades económicas em relação aos homens. 80% dos homens e 64,1% das mulheres diz que o rendimento chega ao fim do mês; 35,9% das mulheres e 20% dos homens dizem que não chega (Tabela 19, Anexo V). O *Qui-quadrado Test*¹¹¹ demonstrou que a variável difere nos grupos feminino e masculino, concluindo que nos homens o rendimento chega mais facilmente ao fim do mês que nas mulheres (Tabela 20, Anexo V).

Nos indivíduos com maior escolaridade o rendimento chegava com mais facilidade ao fim do mês (Tabela 21, Anexo V), sendo estatisticamente comprovado¹¹². Estatisticamente, concluímos ainda que os indivíduos com maior dificuldade em fazer com que o rendimento chegue ao fim do mês estavam mais insatisfeitos com a sua situação financeira¹¹³ (Tabela 23, Anexo V).

Apesar de, estatisticamente, as diferenças não serem significativas¹¹⁴, observámos que os indivíduos que ainda se encontravam a trabalhar tinham maiores dificuldades financeiras: 50% diz que o rendimento não chega ao fim do mês, em comparação com 29,10% dos indivíduos reformados (Tabela 25, Anexo V).

A segurança económica é, portanto, relativamente precária, sendo as mulheres, os grupos etários mais velhos, os menos escolarizados e os indivíduos ainda a trabalhar que evidenciam maiores dificuldades económicas. No entanto, através de regressão linear múltipla ($R^2_{AJ} = 9,4\%$) conseguimos perceber que, de todas as variáveis analisadas, é a escolaridade a mais

¹⁰⁹ *Kruskal-Wallis Test* com $\text{Sig} > \alpha = 0,05$ ($p = 0,273$)

¹¹⁰ *Kruskal-Wallis Test* com $\text{Sig} > \alpha = 0,05$ ($p = 0,455$)

¹¹¹ $\text{Sig} < \alpha = 0,05$ ($p = 0,045$)

¹¹² *Kruskal-Wallis Test* com $\text{Sig} < \alpha = 0,05$ ($p = 0,04$) (Tabela 22 Anexo V)

¹¹³ *Kruskal-Wallis Test* com $\text{Sig} < \alpha = 0,05$ ($p = 0,000$) (Tabela 24, Anexo V)

¹¹⁴ *Mann-Whitney Test* com $\text{Sig} < \alpha = 0,05$ ($p = 0,228$)

preditora do rendimento chegar ou não ao fim do mês. Quanto maior o grau de escolaridade do indivíduo maior é a facilidade com que o rendimento chega ao fim do mês (Tabela XXX).

Tabela XXX - Regressão Linear Múltipla – O rendimento chega ao fim do mês , Estudo 2

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	4,667	,628		7,429	,000		
Idade ¹¹⁵	-,035	,161	-,021	-,219	,827	,737	1,356
Gênero ¹¹⁶	-,292	,205	-,122	-1,427	,156	,960	1,041
Escolaridade¹¹⁷	-,167	,047	-,320	-3,531	,001	,850	1,177
Reformado ¹¹⁸	-,329	,450	-,067	-,732	,466	,837	1,195
Ajuda financeira ¹¹⁹	-,076	,194	-,034	-,391	,696	,924	1,082

a. Dependent Variable: o rendimento mensal do inquirido chega ao fim do mês ou não

6.2.2.2 Avaliação subjetiva da saúde e doenças

Recorrendo ao indicador de avaliação subjetiva de saúde, vemos que a maioria da amostra considera a sua saúde má ou razoável (55,6%) (Tabela XXXI).

Tabela XXXI - Avaliação Subjetiva da Saúde, Estudo 2

COMO DESCREVE A SUA SAÚDE						
		POSITIVO			NEGATIVO	
		excelente	muito boa	boa	razoável	má
Total	Freq	10	11	50	72	17
	% Total	6,2%	6,9%	31,2%	45,0%	10,6%
		44,3%			55,6%	
					Total	
					160	
					100,0%	

Quisemos saber se a variável “como descreve a sua saúde” diferia entre os grupos etários. Conforme representado na Figura 13, verificámos que quanto maior a idade da pessoa menos positiva é a avaliação subjetiva da sua saúde, destacando que 33,3% das pessoas 85+ descreve a sua saúde como má (Tabelas 27, Anexo V). O *Kruskal-Wallis Test*¹²⁰ revelou que as variáveis estão associadas, sendo as diferenças significativas entre os grupos <65 anos e 75-84 anos; <65 e 85+ anos (Tabela 28, Anexo V).

¹¹⁵ Idade: 1= <65 anos; 4= ≥85 anos

¹¹⁶ Gênero: 0=homem; 1=mulher

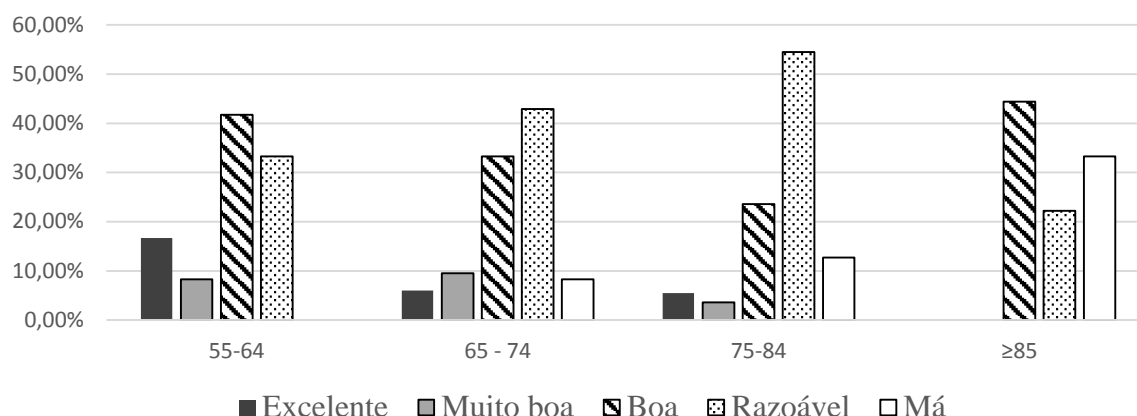
¹¹⁷ Escolaridade: 1=não estudou; 9=ensino superior

¹¹⁸ Reformado: 0=não; 1=sim

¹¹⁹ Ajuda financeira: 0=não; 1=sim

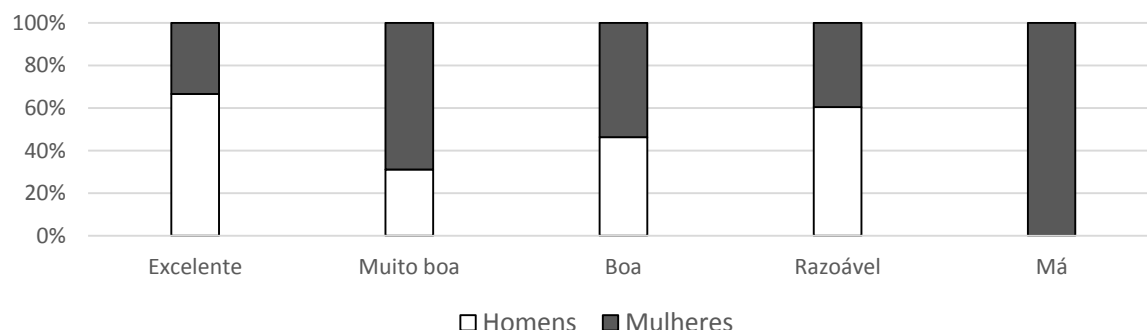
¹²⁰ Sig < α = 0,05 (p = 0,049) (Tabela 28, Anexo V)

Figura 12 - Avaliação Subjetiva da Saúde e Grupos Etários, Estudo 2



Pretendemos, de seguida, saber se a avaliação subjetiva da saúde diferia na variável género. Mesmo que em termos estatísticos^{121,122} os grupos masculino e feminino não difiram significativamente, as mulheres apresentam resultados menos positivos; 15,9% das mulheres considerou a sua saúde má, o que não aconteceu com nenhum homem (Figura 20) (Tabela 29, Anexo V).

Figura 13 - Avaliação Subjetiva da Saúde e Género, Estudo 2



Os indivíduos mais escolarizados descreviam a sua saúde de forma mais positiva, comprovado estatisticamente¹²³ entre os grupos: ensino superior e 4 anos de escolaridade; ensino superior e 3 anos de escolaridade; ensino superior e não estudou; ensino secundário e não estudou (Tabela 30, Anexo V).

Inquiridas sobre as doenças, apenas 8,1% das pessoas referiu não ter nenhum problema de saúde. 48,8% mencionou hipertensão, 39,4% doença reumática, 38,8% problemas de visão e 32,5% colesterol (Tabela 32, Anexo V). Foi possível concluir que à medida que a idade avança

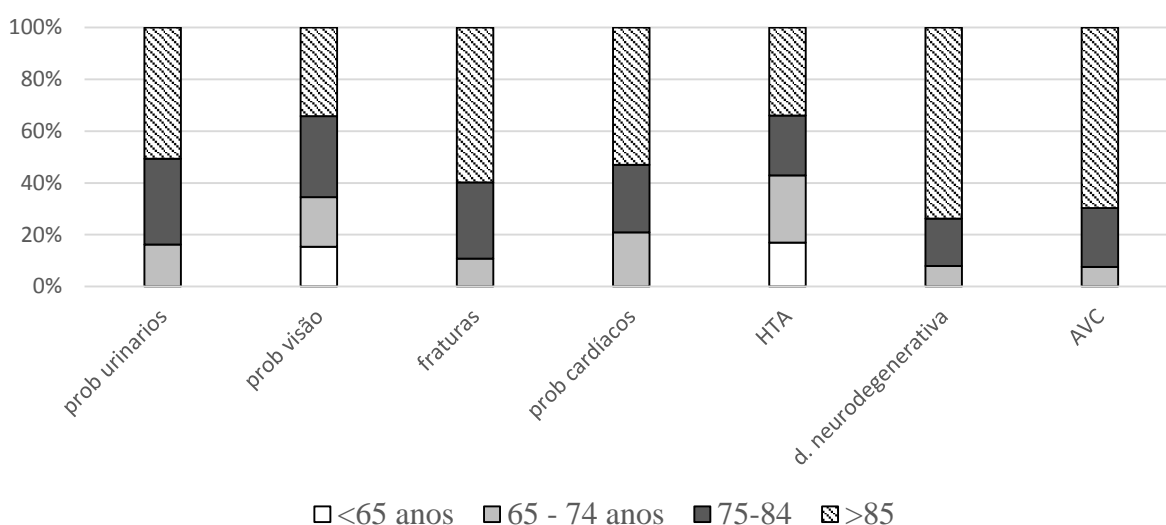
¹²¹ Mann-Whitney Test com Sig > $\alpha = 0,05$ (p = 0,493)

¹²² Qui-quadrado Test com Sig > $\alpha = 0,05$ (p=0,608)

¹²³ Kruskal-Wallis Test com Sig < $\alpha = 0,05$ (p=0,000) (Tabela 31, Anexo V)

aumenta a proporção de pessoas que sofre de algum problema de saúde, sendo que na última categoria (≥ 85 anos) 100% das pessoas sofre de alguma doença (Tabela 33, Anexo V). Quanto a problemas específicos, nas idades mais avançadas aumenta a proporção de pessoas com problemas urinários, problemas de visão, ocorrência de fraturas, problemas cardíacos, HTA, doença neurodegenerativa e AVC, tal como representado na Figura 15 (Tabelas 34 a 40, Anexo V). Estatisticamente, as diferenças entre os grupos etários foram apenas significativas em relação a fraturas, doença neurodegenerativa e AVC¹²⁴.

Figura 14 - Doenças específicas nos grupos etários, Estudo 2



Quanto ao gênero, verificamos que há uma maior proporção de mulheres a sofrer da maioria dos problemas de saúde, em comparação com os homens: AVC, LDL, diabetes, doença neurodegenerativa, HTA, osteoporose, problemas cardíacos, fraturas, problemas de visão, depressão, doença reumática, doença pulmonar, problemas urinários, problemas renais e problemas de estômago (Tabelas 42 a 56, Anexo V). No entanto, a associação entre as variáveis foi apenas significativa para depressão e osteoporose¹²⁵.

Embora tenhamos visto que a descrição de saúde é menos positiva nas mulheres e nas idades mais avançadas, a regressão linear múltipla ($R^2_{AJ} = 29,8\%$) mostrou que das variáveis analisadas, a escolaridade era a mais preditora da avaliação subjetiva de saúde (quanto maior a escolaridade mais positiva é a avaliação subjetiva da saúde), seguida da facilidade com que o

¹²⁴ *Kruskal Wallis Test* com $\text{Sig} < \alpha = 0,05$ AVC: $p=0,006$; D.Neurodegenerativa: $p= 0,04$; Fraturas: $p= 0,018$ e P.Renais: $p=0,043$ (Tabela 41, Anexo V).

¹²⁵ *Qui-quadrado Test* com $\text{Sig} < \alpha = 0,05$ Depressão: $p= 0,036$ e Osteoporose: $p= 0,000$ (Tabela 57, Anexo V).

rendimento chega ao fim do mês (quanto maior a facilidade mais positiva é a avaliação subjetiva da saúde) e em terceiro lugar a presença ou não de doenças crônicas (os indivíduos sem doenças efetuam uma avaliação mais positiva) (Tabela XXXII).

Tabela XXXII - Regressão Linear Múltipla, Como descreve a sua saúde , Estudo 2

Coefficients ^a							
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	3,049	,574		5,308	,000	
	Idade ¹²⁶	,091	,109	,063	,835	,405	,874 1,144
	Gênero ¹²⁷	-,114	,151	-,055	-,757	,451	,965 1,037
	Escolaridade ¹²⁸	-,154	,036	-,345	-4,285	,000	,774 1,292
	O rendimento mensal chega ao fim do mês ou não ¹²⁹	,217	,066	,247	3,269	,001	,875 1,143
	Sofre de algum problema de saúde ¹³⁰	,728	,260	,201	2,804	,006	,976 1,025

a. Dependent Variable: como o indivíduo descreve a sua saúde¹³¹

a. Dependent Variable: como o indivíduo descreve a sua saúde¹³¹

6.2.2.3 Estilos de vida

Analisando os dados sobre os estilos de vida da amostra, em termos de qualidade do sono, a maioria dos indivíduos (58,8%) dorme entre 7 a 8 horas por noite, mas 43,1% necessita tomar medicação para dormir (Tabela 58, Anexo V).

Passando aos hábitos alimentares, a grande maioria considera que tem uma alimentação saudável (89,4%) e quase todos os inquiridos efetuam as três refeições principais: pequeno-almoço (97,5%), almoço (100%) e jantar (96,9%) (Tabelas 59 e 60, Anexo V). No entanto, quando questionados sobre que cuidados alimentares têm, obtivemos uma taxa de resposta de apenas 40%, correspondendo a 64 pessoas (96 pessoas não responderam). Das respostas obtidas, 28,1% evita as gorduras, 23,5% evita os açúcares/doces, 20,3% refere que consome frutas e legumes / vegetais, 15,6% evita o sal, 12,5% evita/ reduziu o consumo de carnes vermelhas, 10,9% evita/ não consome fritos (Tabela 61, Anexo V).

Continuando a analisar os estilos de vida, 25% da amostra costuma consumir álcool, 29,4% raramente e 44,4% nunca (Tabela 62, Anexo V). As pessoas com idade entre os 65 e os 74 anos

¹²⁶ Idade: 1= <65 anos; 4= ≥85 anos

¹²⁷ Gênero: 0=homem; 1=mulher

¹²⁸ Escolaridade: 1=não estudou; 9=ensino superior

¹²⁹ O rendimento chega ao fim do mês: 1= sim e é sempre superior aos gastos; 5= raramente ou nunca

¹³⁰ Sofre de algum problema de saúde: 0=não; 1=sim

¹³¹ Como descreve a sua saúde: 1=excelente; 5=má

consumiam álcool com mais frequência (Tabela 63, Anexo V) (embora não seja uma associação estatisticamente significativa¹³²). Em relação ao género, os homens consomem álcool com maior frequência que as mulheres, conforme provado estatisticamente¹³³. 34% dos homens e 6,5% das mulheres consome álcool todos os dias. 57% das mulheres e 18,9% dos homens nunca ingere bebidas alcoólicas (Tabela 64, Anexo V).

Apenas 9,4% da amostra é fumador (Tabela 66, Anexo V). Nas classes etárias mais baixas há uma maior proporção de fumadores (Tabela 67, Anexo V), ainda que esta associação não seja estatisticamente significativa¹³⁴. Quanto ao género, 15,1% dos homens e 6,5% das mulheres fumava (Tabela 68, Anexo V) mas também esta associação não é estatisticamente significativa¹³⁵.

Efetuada um breve apanhado dos estilos de vida, aproximadamente metade da amostra necessita tomar medicamentos para dormir, a grande maioria considera que tem uma alimentação saudável, mas apenas 40% descreve alguns cuidados alimentares. 25% dos inquiridos costuma consumir bebidas alcoólicas, com mais frequência entre os homens e nos indivíduos mais novos. 9,4% fuma, sobretudo os indivíduos mais novos e os homens.

6.2.2.4 Participação cívica e social

Na análise dos níveis de participação da amostra, começámos por perceber de que forma a população inquirida se mantém envolvida civicamente, e qual o seu grau de satisfação com as organizações locais. A maioria está satisfeita com o funcionamento e dirigentes da autarquia (68,8%) bem como com as instituições/associações (64,4%) (Tabela 69, Anexo V). No que respeita à participação política, 84,4% costuma votar e quando questionadas especificamente para as eleições autárquicas o valor de pessoas que costuma votar desce para 78,1% (Tabela 70, Anexo V). Note-se que nas categorias etárias mais avançadas aumenta a proporção de pessoas que costuma votar (Tabelas 71 e 72, Anexo V), sendo uma tendência estatisticamente significativa¹³⁶.

¹³² *Kruskall Wallis Test* com $\text{Sig} > \alpha = 0,05$ ($p=0,081$)

¹³³ *Mann-Whitney Test* com $\text{Sig} < \alpha = 0,05$ ($p=0,000$) (Tabela 65, Anexo V)

¹³⁴ *Kruskall Wallis Test* com $\text{Sig} > \alpha = 0,05$ ($p=0,077$)

¹³⁵ *Qui-quadrado Test* com $\text{Sig} > \alpha = 0,05$ ($p = 0,077$)

¹³⁶ *Kruskall Wallis Test* com $\text{Sig} < \alpha = 0,05$ ($p = 0,014$ e $p = 0,004$) (Tabela 73, Anexo V)

Concluímos ainda diferenças significativas em relação ao género: os homens votam mais que as mulheres¹³⁷ (Tabelas 74 a 77); e à escolaridade; nos grupos mais escolarizados aumenta a proporção de indivíduos que costuma votar¹³⁸ (Tabela 78, Anexo V). Apesar do partido político influenciar o voto de 35% dos inquiridos, apenas 5% está vinculado a algum. 35,6% diz que nada influencia o seu voto, 8,7% diz que é a família ou os amigos e 7,5% é influenciado pelas campanhas eleitorais (Tabela 70, Anexo V).

Vejamos agora as variáveis respeitantes à participação social. 83,2% da amostra fala com 3 ou mais pessoas todos os dias. Ainda assim, alerta-se para o facto de 10,6% dos inquiridos falar apenas com duas pessoas por dia, 4,4% falar somente com uma pessoa e 1,9% não ter ninguém com quem falar todos os dias (Tabela XXXIII). 48,8% da amostra fala com mais de nove pessoas pelo menos uma vez por semana e 60% fala com 9 ou mais pessoas pelo menos uma vez por mês (Tabela 80, Anexo V).

Tabela XXXIII - Número de pessoas com quem conversa todos os dias, Estudo 2

FAMILIARES/AMIGOS/VIZINHOS COM QUEM CONVERSA TODOS OS DIAS							
	0	1	2	3 a 4	5 a 8	9 ou mais	Total
Freq	3	7	17	59	35	39	160
%	1,9%	4,4%	10,6%	36,9%	21,9%	24,4%	100,0%
	83,2%						

A grande maioria está satisfeita com conversar com familiares, vizinhos ou amigos (91,9%), concluindo que quanto maior o número de pessoas com os quem os inquiridos conversam todos os dias maior é a sua satisfação (uma relação estatisticamente significativa¹³⁹) (Tabelas 81, Anexo V). A maioria da amostra tem sempre alguém com quem pode falar quando tem de tomar uma decisão importante (79,4%) e tem sempre alguém a quem recorrer quando precisa de ajuda com cuidados pessoais e tarefas domésticas (69,4%) (Tabela 83, Anexo V).

Em síntese, a maioria da amostra está satisfeita com o funcionamento e dirigentes das organizações locais, sendo a participação eleitoral mais comum entre os homens e nos escalões etários mais velhos. Embora seja pequena, há uma parte da população que: *i*) não tem ninguém com quem conversar todos os dias; *ii*) não tem ninguém com quem falar quando tem de tomar uma decisão importante; e *iii*) não tem ninguém a quem recorrer quando precisa de ajuda com cuidados pessoais e tarefas domésticas.

¹³⁷ *Qui-quadrado Test* com Sig < α = 0,05 (p=0,048 e p=0,023) (Tabelas 75 e 77, Anexo V)

¹³⁸ *Kruskall Wallis Test* com Sig < α = 0,05 (p = 0,011) (Tabela 79, Anexo V)

¹³⁹ *Kruskall Wallis Test* com Sig < α = 0,05 (p = 0,011) (Tabela 82, Anexo V)

6.2.2.5 Atividade física, cultural e ocupacional

Prosseguimos com as práticas desportivas e culturais da amostra. A maioria não pratica atividade física (58,1%) e, apesar de 41,9% referir que pratica, apenas 8,8% participa em programas estruturados de atividade física para seniores, disponibilizados pela Câmara Municipal (Tabela 84, Anexo V). Inquirida sobre as razões pelas quais não participa nos programas estruturados de atividade física obtivemos uma taxa de resposta de 75,6% da amostra (responderam à questão aberta 121 pessoas). Dos respondentes, 42,1% é autónomo, selecionando as suas atividades; 16,5% alega motivos de saúde, 13,2% diz que não tem tempo e 11,6% desconhece a existência desses programas. Realçamos ainda que 5% afirma que não existem programas de atividade física na sua área de residência (Tabela XXXIV).

Tabela XXXIV - Razões para não participar nos programas de atividade física (121 respostas, 75,6% da amostra)¹⁴⁰

	Freq	%
Tem as suas atividades autonomamente, faz as suas modalidades (caminhada, yoga, musculação, ténis, equitação, pilates, hidroginástica, ginástica, bicicleta, natação, ginásio...)	51	42,1%
Doença, falta de saúde, limitações físicas, mobilidade condicionada	20	16,5%
Não tem tempo, está muito ocupado, falta de disponibilidade	16	13,2%
Desconhece/ falta de informação	14	11,6%
Não quer	8	6,6%
Falta de interesse, não tem disposição, não se sente vocacionado, por inércia	6	5,0%
Não existem programas estruturados de atividade física na área de residência	6	5,0%
Não gosta de atividades de grupo, não se identifica, não lhe chamam a atenção	5	4,1%
Tem outras atividades em casa, na quinta, com a família	4	3,3%
Não lhe dá jeito	1	0,8%
Não se pode deslocar	1	0,8%
Gosta mais de ficar em casa	1	0,8%
Tem um filho deficiente que vive com ela	1	0,8%
Não tem possibilidades	1	0,8%

Os testes estatísticos permitiram apurar que os grupos etários mais novos praticam mais atividade física que os mais velhos¹⁴¹, entre os grupos 65-74 e 75-84 (Tabela 86, Anexo V). São também os indivíduos mais escolarizados que praticam mais atividade física, com diferenças significativas entre os grupos: *i*) não estudou e *ii*) ensino superior¹⁴² (Tabela 88, Anexo V). Embora aparente que os homens praticam mais atividade física (Tabela 90, Anexo V), esta relação não é significativa¹⁴³ e foi comprovado estatisticamente¹⁴⁴ que as mulheres participam mais nos programas estruturados de atividade física (12,1%) em comparação com

¹⁴⁰ Os valores foram arredondados a uma escala decimal

¹⁴¹ *Kruskall Wallis Test* com $\text{Sig} < \alpha = 0,05$ ($p = 0,004$) (Tabela 87, Anexo V)

¹⁴² *Kruskall Wallis Test* com $\text{Sig} < \alpha = 0,05$ ($p = 0,015$) (Tabela 89, Anexo V)

¹⁴³ *Qui-quadrado Test* com $\text{Sig} > \alpha = 0,05$ ($p = 0,277$)

¹⁴⁴ *Qui-quadrado Test* com $\text{Sig} < \alpha = 0,05$ ($p = 0,031$) (Tabela 92, Anexo V).

os homens (1,9%) (Tabelas 91, Anexo V). A estatística¹⁴⁵ permitiu ainda verificar que os indivíduos que participam em programas estruturados de atividade física estão mais satisfeitos em relação à realização de atividades físicas sozinho ou com outras pessoas (Tabela 93, Anexo V).

Através de regressão linear múltipla ($R^2_{AJ} = 16,8\%$) concluímos que a variável mais preditora da prática de atividade física é a descrição da saúde (os que descrevem a sua saúde de forma mais positiva praticam mais atividade física), seguida da idade (os mais novos praticam mais atividade física) e da escolaridade (os mais escolarizados praticam mais atividade física) (Tabela XXXV).

Tabela XXXV - Regressão Linear Múltipla, Prática de Atividade Física, Estudo 2

Model	Coefficients ^a			t	Sig.	Collinearity Statistics	
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients			Tolerance	VIF
	B	Std. Error	Beta				
(Constant)	,847	,350		2,420	,017		
Género ¹⁴⁶	-,139	,084	-,130	-1,651	,101	,961	1,041
Idade ¹⁴⁷	-,132	,061	-,180	-2,176	,031	,870	1,150
Escolaridade ¹⁴⁸	,044	,021	,194	2,072	,040	,681	1,468
1 O rendimento mensal chega ao fim do mês ou não ¹⁴⁹	,017	,038	,037	,435	,664	,811	1,234
Como descreve a sua saúde ¹⁵⁰	-,122	,048	-,240	-2,559	,012	,677	1,478
Sofre de algum problema de saúde ¹⁵¹	,219	,148	,119	1,477	,142	,922	1,084

a. Dependent Variable: o inquirido pratica ou não atividade física¹⁵²

À semelhança dos resultados referentes à participação desportiva, a maioria da amostra (85,6%) também não participa em qualquer programa cultural ou recreativo estruturado (Tabela 95, Anexo V). Este resultado pode conduzir a especulações sobre a forma como as pessoas ocupam o seu tempo e são (ou não) autónomas nas suas práticas culturais. Inquirida sobre as razões pelas quais não participa nos programas culturais e recreativos, obtivemos uma taxa de resposta de 63,8% da amostra (responderam à questão 102 pessoas). Das pessoas que responderam 18,6% tem as suas próprias atividades culturais ou recreativas e 17,6% desconhece a existência desses programas (Tabela XXXVI).

¹⁴⁵ Mann-Whitney Test com Sig < α = 0,05 (p = 0,003) (Tabela 94, Anexo V)

¹⁴⁶ Género: 0=homem; 1=mulher

¹⁴⁷ Idade: 1= <65 anos; 4= ≥85 anos

¹⁴⁸ Escolaridade: 1=não estudou; 9=ensino superior

¹⁴⁹ O rendimento chega ao fim do mês: 1= sim e é sempre superior aos gastos; 5= raramente ou nunca

¹⁵⁰ Como descreve a sua saúde: 1=excelente; 5=má

¹⁵¹ Sofre de algum problema de saúde: 0=não; 1=sim

¹⁵² Prática de atividade física: 0=não; 1=sim

Tabela XXXVI - Razões para não participar nos programas culturais e recreativos (102 respostas, 63,8% da amostra)¹⁵³

	Freq	% respostas obtidas
Gosta de programar as suas próprias atividades culturais e recreativas, tem outras fontes como a Fundação Calouste Gulbenkian, o CCB, frequenta a biblioteca, assiste a concertos de música, visita museus, passeia pelo país, aulas de inglês, sessões de costura, aproveita as festas municipais.	19	18,6%
Desconhece a existência de programas culturais e recreativos; falta de informação e divulgação;	18	17,6%
Falta de disponibilidade, não tem tempo	13	12,7%
Não quer, nunca se informou, nunca os procurou	12	11,8%
Falta de interesse, não se sente vocacionado, não tem paciência, não tem vontade	12	11,8%
Não pode	8	7,8%
Não são interessantes, não são relevantes	5	4,9%
Não existem	5	4,9%
Doença	5	4,9%
Ocupa o tempo com a família e os amigos	4	3,9%
Porque está integrada numa universidade sénior	4	3,9%
Os horários não se adequam aos afazeres familiares	1	0,9%
Não se pode deslocar sozinha	1	0,9%
Não são acessíveis	1	0,9%
Ninguém o convida	1	0,9%
Não calha	1	0,9%

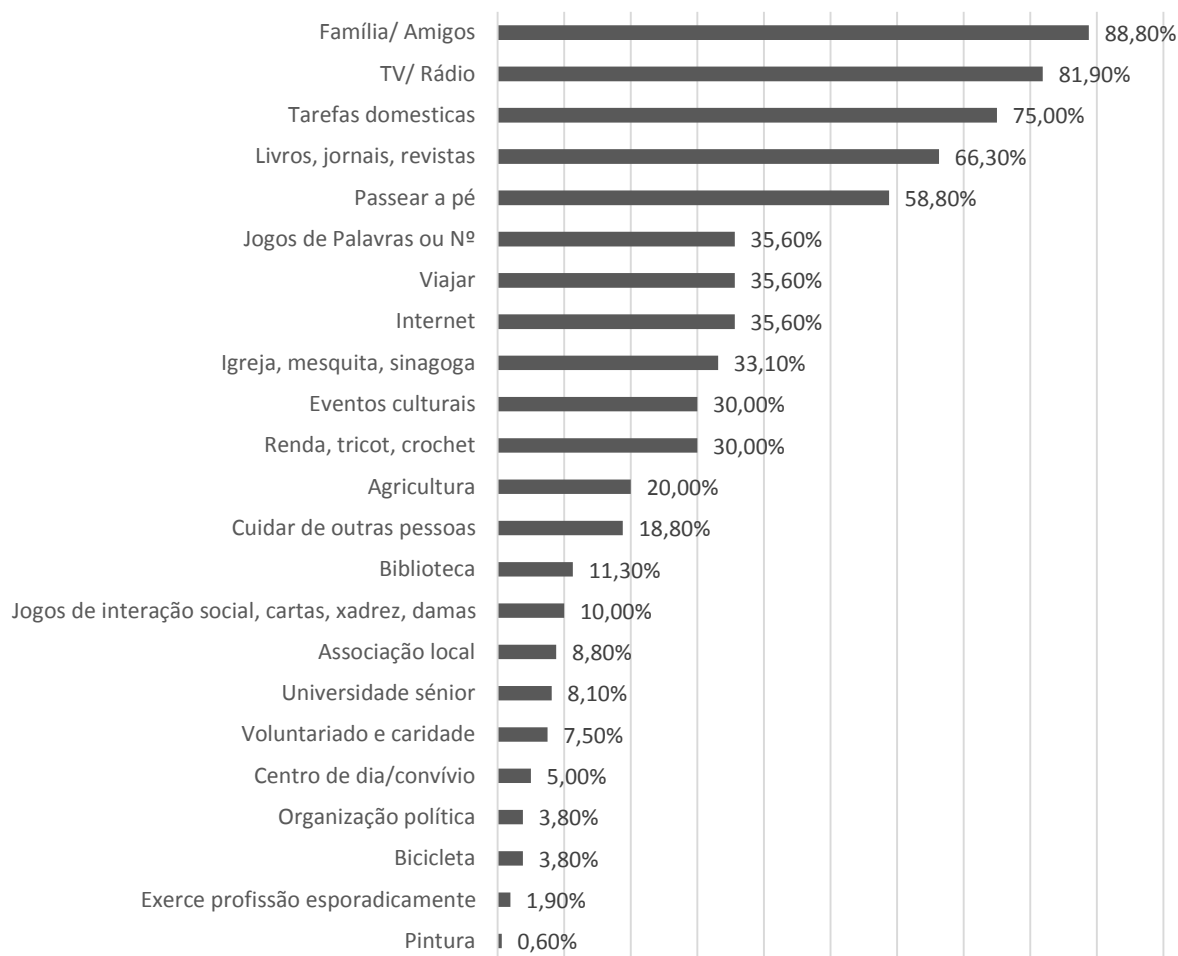
Em relação às atividades ocupacionais não se retiram mais conclusões, observando apenas que os indivíduos que participam nos programas culturais e recreativos aparentam estar mais satisfeitos com a realização de atividades culturais e de lazer sozinho ou com outras pessoas (Tabela 97, Anexo V), cujas diferenças não foram estatisticamente significativas¹⁵⁴.

A amostra foi também inquirida quanto às atividades com que se ocupa, destacando-se as seguintes: *i*) convive com a família e amigos, referido por 88,8% dos inquiridos; *ii*) vê TV e ouve Rádio, referido por 81,9% da amostra; *iii*) ocupa-se com as tarefas domésticas, referido por 75% das pessoas; *iv*) lê livros, jornais ou revistas, referido por 66,3% dos indivíduos; *v*) passeia a pé, referido por 58,8% da amostra. Na verdade, estes resultados mostram ainda que uma baixa percentagem de pessoas ocupa o seu tempo em organizações: 8,8% frequenta uma associação, 8,1% frequenta uma universidade sénior, 5% frequenta um centro de convívio e 3,8% uma organização política (Figura 15).

¹⁵³ Os valores foram arredondados a uma escala decimal

¹⁵⁴ Mann-Whitney Test com Sig > α = 0,05 (p = 0,499)

Figura 15 - Atividades de ocupação, Estudo 2



6.2.2.6 Segurança Física

Começámos por analisar a segurança física. Num olhar global sobre a Tabela XXXVII percebemos que 31,9% da amostra admite ter dificuldades na mobilidade e locomoção. As quedas ocorridas no ano anterior à data do inquérito obtêm um resultado idêntico, verificando-se que 31,9% da amostra caiu pelo menos uma vez. Os dois grupos com e sem dificuldades na mobilidade e locomoção diferem de forma significativa¹⁵⁵ na variável quedas, percebendo-se que os indivíduos com dificuldades na mobilidade e locomoção caíram mais.

¹⁵⁵ Mann-Whitney Test com Sig < α = 0,05 (p = 0,005) (Tabela 100, Anexo V) (foram eliminadas as respostas; sim mas não sabe quantas para a execução dos testes estatísticos)

Tabela XXXVII - Quedas e dificuldades na mobilidade e locomoção¹⁵⁶, Estudo 2

		QUEDAS NO ÚLTIMO ANO					Total
		Não	Sim			não sabe	
		0	1 a 4	4 +	sim mas não sabe quantas		
DIFICULDADES NA MOBILIDADE E LOCOMOÇÃO	sim	Freq	23	15	4	6	51
		% dif mob e loc	45,1%	29,4%	7,8%	11,8%	100,0%
		% Total	14,4%	9,4%	2,5%	3,8%	31,9%
	não	Freq	83	26	0	0	109
		% dif mob e loc	76,1%	23,9%	0,0%	0,0%	100,0%
		%Total	51,9%	16,2%	0,0%	0,0%	68,1%
	Total	Freq	106	41	4	6	160
		% Total	66,2%	25,6%	2,5%	3,8%	100,0%
		% Total		31,9%			

Quanto ao local das quedas, 92,2% ocorreu em casa, no bairro ou na cidade/vila/aldeia (54,9% em casa, 27,5% na cidade/vila/aldeia e 9,8% no bairro) (Tabela 101, Anexo V). Posto isto, fomos tentar perceber melhor a segurança física na sua relação com a habitação e o lugar onde as pessoas vivem.

A maioria da amostra (61,9%) não necessita subir muitas escadas em casa (Tabela 102, Anexo V) e esta característica particular da casa não está relacionada com a ocorrência de quedas¹⁵⁷. Nem mesmo dicotomizando as opções de resposta da variável *quedas* em *i)* sim, *ii)* não a variável quedas não difere significativamente entre os dois grupos (os que necessitam subir escadas e os que não necessitam)¹⁵⁸. Percebemos ainda que 70,7% das pessoas que necessita subir muitas escadas em casa não tem dificuldades na mobilidade e locomoção (Tabela 103, Anexo V), embora estas variáveis não estejam associadas¹⁵⁹.

A maioria das pessoas que considera o estado de conservação da sua casa muito bom, bom, razoável ou a precisar de pequenas intervenções não sofreu quedas no último ano. Por outro lado, 75% das pessoas que considera a sua casa degradada a precisar de grandes obras sofreu 1 a 4 quedas no último ano (Tabela 104, Anexo V). No entanto, as variáveis não diferem significativamente¹⁶⁰, nem quando dicotomizámos as opções de resposta para a variável estado de conservação da casa em: *i)* bom *ii)* mau e da variável quedas em: *i)* sim, *ii)* não¹⁶¹.

¹⁵⁶ Para a execução dos testes estatísticos foram eliminadas as respostas “sim mas não sabe quantas”

¹⁵⁷ Mann-Whitney Test a apresentar Sig > α = 0,05 (p = 0,852)

¹⁵⁸ Qui-quadrado Test mostra Sig > α = 0,05 (p = 0,590)

¹⁵⁹ Qui-quadrado Test com Sig > α = 0,05 (p = 0,694)

¹⁶⁰ Kruskal-Wallis Test com Sig > α = 0,05 (p = 0,342)

¹⁶¹ Qui-quadrado Test com Sig > α = 0,05 (p = 0,239)

Embora 37,3% das quedas tenha ocorrido no bairro ou localidade, não estão relacionadas com a variável “satisfação com o lugar onde vive” (Tabela 105, Anexo V). Esta inexistência de relação entre as variáveis foi clarificada tanto pelo *Kruskal-Wallis Test*¹⁶² como pelo *Qui-quadrado Test*¹⁶³, dicotomizando as opções de resposta para a variável quedas em *i)* sim, *ii)* não e da “satisfação em relação à acessibilidade e segurança do lugar” em: *i)* satisfeito, *ii)* insatisfeito.

Vimos, então que a ocorrência de quedas era mais frequente nos indivíduos com dificuldades na mobilidade e locomoção. Mas, através de regressão linear múltipla ($R^2_{AJ} = 16,3\%$) vemos que a avaliação subjetiva de saúde é mais preditora da ocorrência de quedas: quanto mais positiva menor a ocorrência de quedas; seguida da idade: os indivíduos das classes etárias mais velhas sofrem mais quedas (Tabela XXXVIII).

Tabela XXXVIII - Regressão linear múltipla, Quedas Estudo 2

Tabela 11.11. Regressão linear múltipla, queda Estado 2							
Model	Coefficients ^a			t	Sig.	Collinearity Statistics	
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients			Tolerance	VIF
	B	Std. Error	Beta				
(Constant)	,184	,384		,479	,633		
Gênero ¹⁶⁴	-,162	,092	-,142	-1,754	,082	,964	1,037
Idade ¹⁶⁵	,179	,069	,222	2,601	,010	,868	1,152
o rendimento mensal chega ao fim do mês ou não ¹⁶⁶	-,008	,042	-,016	-,184	,854	,835	1,197
1 Escolaridade ¹⁶⁷	,045	,024	,179	1,853	,066	,681	1,469
Dificuldades na mobilidade e locomoção ¹⁶⁸	,194	,109	,166	1,779	,078	,725	1,379
Como descreve a sua saúde ¹⁶⁹	,157	,056	,280	2,801	,006	,634	1,578
Sofre de algum problema de saúde ¹⁷⁰	,113	,181	,053	,625	,533	,878	1,139

a. Dependent Variable: o inquirido sofreu quedas no último ano¹⁷¹.

a. Dependent Variable: o inquirido sofreu quedas no último ano¹⁷¹,

Relativamente à habitação, a grande maioria da amostra (90%) efetua uma avaliação positiva (razoável, bom ou muito bom) do seu estado de conservação (Tabela 106, Anexo V). Salienta-se ainda que a avaliação do estado de conservação da casa não diferiu nos grupos etários¹⁷².

¹⁶² Sig > $\alpha = 0,05$ (p = 0,348)

¹⁶³ Sig > $\alpha = 0,05$ (p = 0,105)

¹⁶⁴ Gênero: 0=homem; 1=mulher

¹⁶⁵ Idade: 1= <65 anos; 4= ≥85 anos

¹⁶⁶ O rendimento chega ao fim do mês: 1= sim e é sempre superior aos gastos; 5= raramente ou nunca

¹⁶⁷ Escolaridade: 1=não estudou; 9=ensino superior

¹⁶⁸ Dificuldades na mobilidade e locomoção: 0=não; 1=sim

¹⁶⁹ Como descreve a sua saúde: 1=excelente; 5=má

¹⁷⁰ Sofre de algum problema de saúde: 0=não; 1=sim

¹⁷¹ Quedas: 1=0; 2=1 a 4, 3=4+

¹⁷² *Kruskal-Wallis Test* com Sig > $\alpha = 0,05$ (p = 0, 328)

A regressão linear múltipla ($R^2_{AJ} = 21,7\%$) permitiu perceber que o rendimento é preditor da satisfação com o estado de conservação da casa: quanto mais facilidade o indivíduo tem em fazer com que o rendimento chegue ao fim do mês mais positiva é a sua avaliação do estado de conservação da habitação. Também a avaliação subjetiva da saúde influencia a satisfação com o estado de conservação da casa: quanto mais positiva é a avaliação de saúde mais positiva é a avaliação do estado de conservação da casa (Tabela XXXIX).

Tabela XXXIX - Regressão linear múltipla, Estado de conservação da habitação, Estudo 2

Coefficients ^a							
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	,174	,639		,273	,785		
Género ¹⁷³	,079	,153	,040	,515	,607	,949	1,053
Idade ¹⁷⁴	-,045	,112	-,033	-,400	,690	,846	1,182
O rendimento mensal chega ao fim do mês ou não¹⁷⁵	,299	,069	,360	4,307	,000	,808	1,238
1 Escolaridade ¹⁷⁶	,018	,041	,043	,447	,655	,620	1,613
Como descreve a sua saúde¹⁷⁷	,258	,091	,273	2,849	,005	,614	1,628
Sofre de algum problema de saúde ¹⁷⁸	,148	,270	,043	,548	,584	,907	1,103
Dificuldades na mobilidade e locomoção ¹⁷⁹	-,015	,180	-,008	-,084	,933	,661	1,512

a. Dependent Variable: satisfação em relação ao estado de conservação da casa onde vive¹⁸⁰

a. Dependent Variable: satisfação em relação ao estado de conservação da casa onde vive¹⁸⁰

A grande maioria da amostra (90,6%) estava satisfeita com a acessibilidade e segurança da habitação (Tabela 107, Anexo V), não diferindo nas variáveis: tipo de casa¹⁸¹; ter um jardim ou quintal¹⁸² e número de divisões da casa¹⁸³. No entanto, conseguimos observar que 33,3% das pessoas que vive numa casa com apenas uma divisão está muito insatisfeita (Tabela 108, Anexo V). No que concerne às outras variáveis estudadas, a regressão linear múltipla ($R^2_{AJ} = 7,3\%$) concluiu que a satisfação em relação à acessibilidade e segurança da habitação estava apenas relacionada com o rendimento: quanto maior a facilidade com que o rendimento chega ao fim do mês mais satisfeitos os inquiridos estavam com a acessibilidade e segurança da habitação (Tabela XL).

¹⁷³ Género: 0=homem; 1=mulher

¹⁷⁴ Idade: 1= <65 anos; 4= ≥85 anos

¹⁷⁵ O rendimento chega ao fim do mês: 1= sim e é sempre superior aos gastos; 5= raramente ou nunca

¹⁷⁶ Escolaridade: 1=não estudou; 9=ensino superior

¹⁷⁷ Como descreve a sua saúde: 1=excelente; 5=má

¹⁷⁸ Sofre de algum problema de saúde: 0=não; 1=sim

¹⁷⁹ Dificuldades na mobilidade e locomoção: 0=não; 1=sim

¹⁸⁰ Estado de conservação da habitação: 1= muito bom; 5=degradada, a precisar de grandes obras

¹⁸¹ Própria, Arrendada, Familiares e Instituição; Moradia, Apartamento, Parte de casa ou Outro

¹⁸² Qui-quadrado Test com Sig > $\alpha = 0,05$ (p = 0,261)

¹⁸³ Kruskal-Wallis Test com Sig > $\alpha = 0,05$ (p = 0,333)

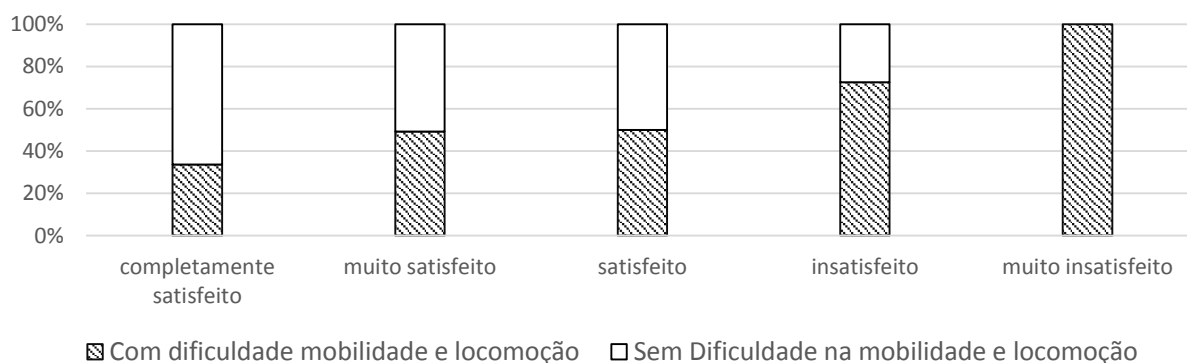
Tabela XL - Regressão linear múltipla, Satisfação com a acessibilidade e segurança da habitação, Estudo 2

Model	Coefficients ^a					Collinearity Statistics	
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Tolerance	VIF
	B	Std. Error	Beta				
(Constant)	,694	,770		,902	,369		
Género ¹⁸⁴	,241	,184	,110	1,308	,193	,949	1,053
Idade ¹⁸⁵	-,052	,135	-,034	-,385	,701	,846	1,182
O rendimento mensal chega ao fim do mês¹⁸⁶	,215	,084	,234	2,579	,011	,808	1,238
1 Escolaridade ¹⁸⁷	,002	,049	,004	,039	,969	,620	1,613
Como descreve a sua saúde ¹⁸⁸	,166	,109	,158	1,518	,132	,614	1,628
Sofre de algum problema de saúde ¹⁸⁹	,354	,326	,093	1,089	,278	,907	1,103
Dificuldades na mobilidade e locomoção ¹⁹⁰	-,040	,217	-,018	-,182	,856	,661	1,512

a. Dependent Variable: satisfação em relação à acessibilidade e segurança da habitação¹⁹¹

Partindo da literatura de *aging in place*, tentou perceber-se o quão satisfeita estava a amostra com o lugar onde vive. 93,1% das pessoas estava satisfeita com o lugar onde vive, cidade, vila, aldeia, na generalidade, bem como especificamente com a acessibilidade e segurança do lugar (Tabelas 109 e 110, Anexo V). Ao dicotomizar as opções de resposta da variável satisfação com a acessibilidade e segurança do lugar em *i*) satisfeito *ii*) insatisfeito (Tabela 111, Anexo V), foi possível verificar que os grupos ter e não ter dificuldades na mobilidade e locomoção diferem significativamente¹⁹², concluindo que os indivíduos com dificuldades na mobilidade e locomoção estão menos satisfeitos (Figura 16).

Figura 16 - Dificuldades na mobilidade e locomoção e Satisfação com a acessibilidade e segurança do lugar, Estudo 2



¹⁸⁴ Género: 0=homem; 1=mulher

¹⁸⁵ Idade: 1= <65 anos; 4= ≥85 anos

¹⁸⁶ O rendimento chega ao fim do mês: 1= sim e é sempre superior aos gastos; 5= raramente ou nunca

¹⁸⁷ Escolaridade: 1=não estudou; 9=ensino superior

¹⁸⁸ Como descreve a sua saúde: 1=excelente; 5=má

¹⁸⁹ Sofre de algum problema de saúde: 0=não; 1=sim

¹⁹⁰ Dificuldades na mobilidade e locomoção: 0=não; 1=sim

¹⁹¹ Satisfação com a acessibilidade e segurança da habitação: 1=completamente satisfeito; 6=completamente insatisfeito

¹⁹² Qui-quadrado Test com Sig < α = 0,05 (p = 0,045) (Tabelas 112, Anexo V)

A grande maioria (90%) estava satisfeita com os serviços disponíveis no lugar e 70,4% estava satisfeita em relação à disponibilidade de transportes públicos. A maior parte das pessoas tem carro próprio (47,2%), 27,7% utiliza os transportes públicos e 16,4% anda a pé. Os mais insatisfeitos em relação aos serviços disponíveis no lugar e à disponibilidade de transportes públicos são os indivíduos que usam transportes públicos (Tabelas 113 e 114 Anexo V). No entanto, a regressão linear múltipla ($R^2_{AJ} = 24\%$) apurou que a descrição da saúde era a variável mais preditora da satisfação com serviços disponíveis (Tabela XLI).

Tabela XLI - Regressão linear múltipla, Satisfação em relação aos serviços disponíveis no lugar, Estudo 2

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	,314	,704		,446	,656		
Género ¹⁹³	,017	,170	,009	,102	,919	,902	1,109
Idade ¹⁹⁴	,011	,130	,007	,083	,934	,825	1,213
O rendimento mensal chega ao fim do mês ¹⁹⁵	,132	,071	,168	1,855	,066	,802	1,247
1 Escolaridade ¹⁹⁶	,034	,045	,078	,768	,444	,642	1,557
Como descreve a sua saúde ¹⁹⁷	,283	,076	,308	3,722	,000	,965	1,036
Sofre de algum problema de saúde ¹⁹⁸	-,370	,266	-,120	-1,390	,167	,888	1,127
Dificuldades na mobilidade e locomoção ¹⁹⁹	-,010	,198	-,005	-,052	,958	,657	1,522

a. Dependent Variable: satisfação em relação aos serviços disponíveis no lugar onde vive, como farmácias, comércio, transportes, recolha de lixo, espaços verdes²⁰⁰

6.2.2.7 Representações relacionadas com o envelhecimento

A Tabela XLII assinala que 40% da amostra considera que a idade às vezes o impede de fazer coisas que gostaria.

Tabela XLII - Frequência com que a idade impede de fazer coisas que gostaria, Estudo 2

		FREQUÊNCIA COM QUE A IDADE IMPEDE DE FAZER COISAS QUE GOSTARIA						Total
		sempre	muitas vezes	às vezes	raramente	nunca	não responde	
Total	Freq	9	23	64	30	30	4	160
	% Total	5,6%	14,4%	40,0%	18,8%	18,8%	2,5%	100,0%

¹⁹³ Género: 0=homem; 1=mulher

¹⁹⁴ Idade: 1= <65 anos; 4= ≥85 anos

¹⁹⁵ O rendimento chega ao fim do mês: 1= sim e é sempre superior aos gastos; 5= raramente ou nunca

¹⁹⁶ Escolaridade: 1=não estudou; 9=ensino superior

¹⁹⁷ Como descreve a sua saúde: 1=excelente; 5=má

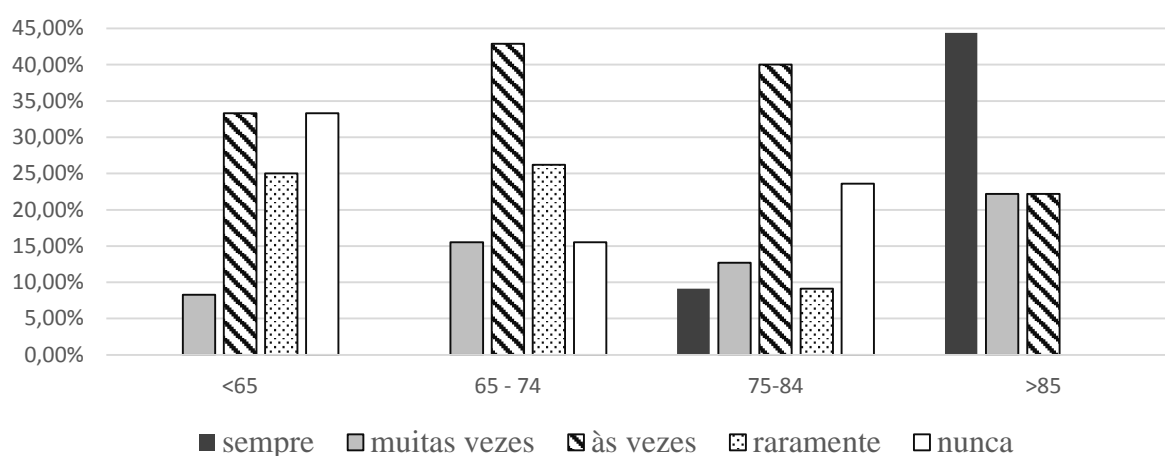
¹⁹⁸ Sofre de algum problema de saúde: 0=não; 1=sim

¹⁹⁹ Dificuldades na mobilidade e locomoção: 0=não; 1=sim

²⁰⁰ Satisfação em relação aos serviços disponíveis no lugar: 1=completamente satisfeito; 6=completamente insatisfeito

Esta variável difere nas categorias etárias criadas, na medida em que quanto mais velhos são os inquiridos maior é a frequência com que a idade os impede de fazer coisas que gostariam (Figura 17). 33,3% das pessoas com menos de 65 anos, 42,9% das pessoas com idade entre 65 e 74 anos e 40% das pessoas com idade entre 75 e 84 anos considera que a idade as impede às vezes de fazer coisas que gostariam. Por sua vez, 44,4% das pessoas com 85 e mais anos acha que a idade as impede sempre de fazer as coisas que gostariam (Tabela 116, Anexo V). O *Kruskal Wallis Test* mostrou que as diferenças entre os grupos etários são extremamente significativas²⁰¹ entre os grupos: i) 75-84 e >85; 65-74 e >85+; <65 e >85.

Figura 17- “Frequência com que a idade impede de fazer coisas que gostaria” e Grupos etários, Estudo 2



Em relação ao género, *Mann-Whitney Test* revelou diferenças significativas²⁰² interpretando-se que as mulheres consideram que a idade as impede de fazer coisas que gostariam com mais frequência que os homens. 36,4% das mulheres afirmam que a idade o impede de fazer as coisas que gostaria às vezes, 19,6% muitas vezes e 7,5% sempre. Nos homens, 47,2% diz que a idade os impede de fazer coisas que gostaria às vezes, 3,8% muitas vezes e 1,9% sempre (Tabela 118, Anexo V).

Vimos, assim que nas classes mais velhas e nas mulheres aumenta a frequência com que consideram que a idade impede de fazer coisas que gostaria. Contudo, a regressão linear múltipla ($R^2_{AJ} = 23,3\%$) mostrou que a variável “dificuldades na mobilidade e locomoção” é a mais preditora da frequência com que a idade impede de fazer coisas que gostaria (nos indivíduos com dificuldades na mobilidade e locomoção a frequência é maior); seguida da escolaridade (nos mais escolarizados a frequência é menor); e da avaliação subjetiva da saúde

²⁰¹ Sig < $\alpha = 0,05$ ($p = 0,000$) (Tabela 117, Anexo V).

²⁰² Sig < $\alpha = 0,05$ ($p = 0,040$) (Tabela 119, Anexo V)

(os indivíduos que efetua pior avaliação do seu estado de saúde referem maior frequência) (Tabela XLIII).

Tabela XLIII - Regressão linear múltipla, Frequência com que a idade impede de fazer coisas que gostaria, Estudo 2

Model	Coefficients ^a		t	Sig.	Collinearity Statistics	
	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients			Tolerance	VIF
	B	Std. Error	Beta			
(Constant)	5,924	,781		7,587	,000	
Género ²⁰³	,229	,186	,095	1,229	,221	,943
Idade ²⁰⁴	-,256	,138	-,153	-1,860	,065	,837
O rendimento mensal chega ao fim do mês ²⁰⁵	-,012	,083	-,012	-,146	,884	,805
Escolaridade ²⁰⁶	-,128	,049	-,249	-2,600	,010	,618
Como descreve a sua saúde ²⁰⁷	-,270	,109	-,240	-2,479	,014	,605
Sofre de algum problema de saúde ²⁰⁸	-,324	,322	-,080	-1,007	,316	,906
Dificuldades na mobilidade e locomoção ²⁰⁹	-,856	,217	-,367	-3,942	,000	,653

a. Dependent Variable: frequência com que a idade impede o inquirido de fazer coisas que gostaria de fazer²¹⁰

6.2.3 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM A VIDA A PARTIR DO ISV

6.2.3.1 Satisfação com os serviços e recursos

Dos três fatores que formam o ISV (serviços e recursos, saúde e segurança, residência e sociabilidade), os serviços e recursos alcançam uma posição intermédia, conquistando a satisfação da maioria da amostra. Chama-se, apenas, a atenção para a satisfação do inquirido em relação aos serviços proporcionados pelo Estado, que divide a amostra entre satisfeitos e insatisfeitos (Tabela XLIV).

Fomos, depois, perceber se as variáveis do fator serviços e recursos diferiam na variável género. A Tabela XLV mostra que as mulheres estão mais satisfeitas com 5 dos 4 indicadores, embora o cálculo do *Mann-Whitney Test* não tenha encontrado relação significativa (Tabela 1, Anexo VI).

²⁰³ Género: 0=homem; 1=mulher

²⁰⁴ Idade: 1= <65 anos; 4= ≥85 anos

²⁰⁵ O rendimento chega ao fim do mês: 1= sim e é sempre superior aos gastos; 5= raramente ou nunca

²⁰⁶ Escolaridade: 1=não estudou; 9=ensino superior

²⁰⁷ Como descreve a sua saúde: 1=excelente; 5=má

²⁰⁸ Sofre de algum problema de saúde: 0=não; 1=sim

²⁰⁹ Dificuldades na mobilidade e locomoção: 0=não; 1=sim

²¹⁰ Frequência com que a idade impede de fazer coisas que gostaria: 1=sempre, 5=nunca

Tabela XLIV - ISV Serviços de Recursos, Estudo 2

		Satisfação			Insatisfação				
		completamente satisfeito	muito satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	muito insatisfeito	completamente insatisfeito	Não aplicável	não responde
SERVIÇOS E RECURSOS									
I1 – “satisfação do inquirido em relação à disponibilidade de transportes públicos”	Freq	21	14	78	15	2	2	21	7
	%	13,1%	8,8%	48,8%	9,4%	1,3%	1,3%	13,1%	4,4%
		70,70%			12%				
I2 – “satisfação do inquirido em relação à disponibilidade de locais para realizar atividades físicas, culturais e de lazer”	Freq	15	16	62	21	7	3	30	6
	%	9,4%	10,0%	38,8%	13,1%	4,4%	1,9%	18,8%	3,8%
		58,20%			19,4%				
I3 – “satisfação do inquirido em relação aos Serviços proporcionados pela comunidade”	Freq	14	19	73	19	1	0	29	5
	%	8,8%	11,9%	45,6%	11,9%	,6%	,0%	18,1%	3,1%
		66,3%			12,5%				
I4 – “satisfação do inquirido em relação à realização de atividades culturais e de lazer sozinho ou com outras pessoas”	Freq	13	18	77	15	0	1	30	6
	%	8,1%	11,3%	48,1%	9,4%	,0%	,6%	18,8%	3,8%
		67,5%			10%				
I5 - “satisfação do inquirido em relação à realização de atividades físicas sozinho ou com outras pessoas”	Freq	10	15	65	20	2	0	42	6
	%	6,3%	9,4%	40,6%	12,5%	1,3%	,0%	26,3%	3,8%
		56,3%			13,8%				
I6- “satisfação do inquirido em relação aos serviços proporcionados pelo estado”	Freq	11	8	57	50	14	4	9	7
	%	6,9%	5,0%	35,6%	31,3%	8,8%	2,5%	5,6%	4,4%
		47,5%			42,6%				

Tabela XLV - Proporção de Indivíduos satisfeitos com os serviços e recursos, ISV, Homens e Mulheres, Estudo 2

SERVIÇOS E RECURSOS						
	Disp. dos transportes	Disp. de locais para ativ. físicas, culturais lazer	Serviços proporcionados pela comunidade	Ativ. culturais e lazer sozinho/ outras pessoas	Ativ. físicas sozinho/ outras pessoas	Serviços proporcionados pelo Estado
Homens	66,%	70,7%	66%	89,2%	77,8%	41,6%
Mulheres	72,%	77,1%	66,3%	83%	81,5%	50,5%

Em relação aos grupos etários, vemos na Tabela XLVI que, dentro do fator serviços e recursos, à medida que a idade avança diminui a satisfação com a disponibilidade dos transportes, a disponibilidade de locais para atividades físicas, culturais e de lazer; os serviços proporcionados

pelo Estado e a realização de atividades físicas sozinho ou com outras pessoas. O *Kruskal Wallis Test* foi apenas significativo para a satisfação com a disponibilidade dos transportes públicos²¹¹.

Tabela XLVI – Proporção de Indivíduos satisfeitos com os serviços e recursos, ISV, categorias etárias, Estudo 2

SERVIÇOS E RECURSOS						
	Disp. dos transportes	Disp. de locais para ativ. físicas, culturais lazer	Serviços proporcionados pela comunidade	Ativ. culturais e lazer sozinho/ outras pessoas	Ativ. físicas sozinho/ outras pessoas	Serviços proporcionados pelo Estado
<65	91,6	66,7	58,3	72,8	70	41,6
65-74	82,1	80,6	72,6	91,8	86,4	51,2
75-84	54,6	67,6	63,6	81,1	72,8	41,8
≥85	33,3	66,6	33,3	100	66,6	55,5

No que concerne à escolaridade, o *Kruskal Wallis Test* mostrou que difere na satisfação com os serviços proporcionados pelo Estado²¹², significando que quanto mais escolarizados menor é a satisfação. Embora não seja estatisticamente significativo, vemos que a satisfação com a realização de atividades físicas sozinho ou com outras pessoas aumenta nos grupos mais velhos (Tabela XLVII).

Tabela XLVII - Proporção de Indivíduos satisfeitos com os serviços e recursos, ISV, escolaridade, Estudo 2

SERVIÇOS E RECURSOS						
	Disp. dos transportes	Disp. de locais para ativ. físicas, culturais lazer	Serviços proporcionados pela comunidade	Ativ. culturais e lazer sozinho/ outras pessoas	Ativ. físicas sozinho/ outras pessoas	Serviços proporcionados pelo Estado
Não estudou	36,4%	62,5%	100%	63,7%	36,4%	54,5%
1º ciclo	67,2%	83,7%	73,9%	65,6%	57,4%	42,7%
2º e 3º ciclo	81,1%	60,6%	51,3%	64,9%	56,8%	48,6%
Ensino secundário	81,9%	55,5%	54,6%	54,6%	45,5%	45,5%
Estudos superiores	68,2%	81,4%	63,6%	81,8%	59,1%	49,9%

Com $R^2_{AJ} = 1,7$, a regressão linear múltipla indicou que a variável “como descreve a saúde” era preditora da satisfação com os serviços e recursos no seu conjunto de indicadores (quanto mais positiva é a descrição da saúde mais satisfeitos os indivíduos estão), o que não aconteceu com a idade, o género, a escolaridade, o rendimento chegar ou não ao fim do mês e ter ou não dificuldades na mobilidade e locomoção (Tabela XLVIII).

²¹¹ Sig < α = 0,05 (p=0,000) (Tabela 2, Anexo VI)

²¹² Sig < α = 0,05 (p=0,001) (Tabela 3, Anexo VI)

Tabela XLVIII - Regressão linear múltipla, Satisfação com os serviços e recursos, ISV, Estudo 2

Tabela XLVIII – Regressão linear múltipla, Sanjação com os serviços e recursos, ISV, Estado 2								
Model	Coefficients ^a			t	Sig.	Collinearity Statistics		
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta			Tolerance	VIF	
	B	Std. Error						
(Constant)	2,027	,508		3,989	,000			
Idade ²¹³	,086	,093	,087	,927	,356	,825	1,212	
Gênero ²¹⁴	-,014	,126	-,010	-,110	,913	,954	1,048	
1 Escolaridade ²¹⁵	,025	,034	,082	,746	,457	,608	1,644	
O rendimento chega ao fim do mês ou não ²¹⁶	,035	,056	,059	,618	,538	,811	1,233	
Como descreve a sua saúde²¹⁷	,174	,072	,256	2,430	,016	,658	1,519	
Dificuldades na mobilidade e locomoção ²¹⁸	-,203	,147	-,143	-1,378	,171	,684	1,461	

a. Dependent Variable: serviços e recursos

a. Dependent Variable: serviços e recursos

6.2.3.2 Saúde e Segurança

O fator saúde e segurança obteve a menor satisfação da amostra, ainda que a maioria estivesse satisfeita. Destaca-se que uma grande proporção de inquiridos está insatisfeita com a sua situação financeira (41,2%) (Tabela XLIX).

Tabela XLIX - ISV Saúde e Segurança, Estudo 2

		Satisfação			Insatisfação				
		completamente satisfeito	muito satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	muito insatisfeito	completamente insatisfeito	Não aplicável	não responde
SAÚDE E SEGURANÇA									
I7-"satisfação do inquirido com a sua situação financeira"	Freq	8	7	73	52	9	5	1	5
	%	5,0%	4,4%	45,6%	32,5%	5,6%	3,1%	,6%	3,1%
		55,00%			41,20%				
I8-"satisfação do inquirido com a sua saúde"	Freq	8	7	95	36	3	5	1	5
	%	5,0%	4,4%	59,4%	22,5%	1,9%	3,1%	,6%	3,1%
		68,80%			27,50%				
I9-"satisfação do inquirido com a sua condição física"	Freq	7	12	84	41	5	5	1	5
	%	4,4%	7,5%	52,5%	25,6%	3,1%	3,1%	,6%	3,1%
		64,40%			31,80%				
I10-"satisfação do inquirido com a sua segurança pessoal"	Freq	10	28	100	15	2	0	0	5
	%	6,3%	17,5%	62,5%	9,4%	1,3%	,0%	,0%	3,1%
		86,30%			10,70%				

²¹³ Idade: 1= <65 anos; 4= ≥85 anos²¹⁴ Gênero: 0=homem; 1=mulher²¹⁵ Escolaridade: 1=não estudou; 9=ensino superior²¹⁶ O rendimento chega ao fim do mês: 1= sim e é sempre superior aos gastos; 5= raramente ou nunca²¹⁷ Como descreve a sua saúde: 1=excelente; 5=má²¹⁸ Dificuldades na mobilidade e locomoção: 0=não; 1=sim

Os homens estão mais satisfeitos com todos os indicadores de saúde e segurança (Tabela L). No entanto, através do cálculo do *Mann-Whitney Test* verificamos que a variável gênero apenas diferia significativamente na satisfação com a sua saúde²¹⁹, concluindo que os homens estão mais satisfeitos (Tabela 1, Anexo VI).

Tabela L-% de Indivíduos satisfeitos com a saúde e segurança, ISV, Homens e Mulheres, Estudo 2

SAÚDE E SEGURANÇA				
	Situação financeira	Saúde	Condição física	Segurança pessoal
Homens	66%	81,1%	71,7%	86,9%
Mulheres	52,9%	62,6%	60,8%	86%

Em relação aos grupos etários, vemos na Tabela LI que à medida que a idade avança diminui a satisfação com a saúde e segurança, verificando-se uma melhoria nos indivíduos com 85 e mais anos em relação à saúde e condição financeira. Estatisticamente, o *Kruskal Wallis Test*²²⁰ provou que nos grupos etários mais velhos diminui a satisfação com a condição física.

Tabela LI-% de Indivíduos satisfeitos(1, 2 e 3) com os fatores do ISV, categorias etárias, Estudo 2

SAÚDE E SEGURANÇA				
	Situação financeira	Saúde	Condição física	Segurança pessoal
<65	66,6	91,7	91,6	83,3
65-74	62,2	70,3	67,9	91,7
75-84	44,2	61,8	56,3	80
≥85	75	66,7	44,4	77,8

No que concerne à escolaridade, estava ainda associada a três variáveis do fator saúde e segurança, concluindo que quanto maior a escolaridade dos indivíduos mais satisfeitos estão com a sua situação financeira²²¹, com a sua saúde²²² e em relação à sua condição física²²³ (Tabela 3, Anexo VI) (Tabela LII).

Tabela LII - % de Indivíduos satisfeitos com a saúde e segurança, ISV e escolaridade, Estudo 2

SAÚDE E SEGURANÇA				
	Situação financeira	Saúde	Condição física	Segurança pessoal
Não estudou	27,3%	63,6%	45,5%	90,9%
1º ciclo	45,8%	54,1%	49,2%	82%
2º e 3º ciclo	67,6%	83,8%	78,4%	89,2%
Ensino secundário	60%	72,8%	72,7%	81,9%
Estudos superiores	80%	77,2%	77,2%	90,9%

²¹⁹ Sig < α = 0,05 (p=0,026) (Tabela 1, Anexo VI)

²²⁰ Sig < α = 0,05 (p=0,048) (Tabela 2, Anexo VI)

²²¹ Sig < α = 0,05 (p=0,02) (Tabela 3, Anexo VI)

²²² Sig < α = 0,05 (p=0,029) (Tabela 3, Anexo VI)

²²³ Sig < α = 0,05 (p=0,018) (Tabela 3, Anexo VI)

Com $R^2_{AJ} = 45,1\%$, a regressão linear múltipla indica que a descrição a saúde é a variável mais preditora da satisfação com a saúde e segurança (quanto mais positiva é a descrição da saúde mais satisfeitas as pessoas estão), seguida da facilidade com que o rendimento chega ao fim do mês (quanto maior a facilidade mais satisfeitos os inquiridos estão) e das dificuldades na mobilidade e locomoção (os inquiridos com maiores dificuldades estão menos satisfeitos) (Tabela LIII).

Tabela LIII - Regressão linear múltipla, Satisfação com a saúde e segurança, ISV, Estudo 2

Model	Coefficients ^a			t	Sig.	Collinearity Statistics	
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta			Tolerance	VIF
	B	Std. Error					
(Constant)	1,420	,322		4,411	,000		
Gênero ²²⁴	-,088	,091	-,063	-,971	,333	,950	1,052
Escolaridade ²²⁵	,025	,023	,086	1,103	,272	,670	1,493
1 O rendimento chega ao fim do mês ou não ²²⁶	,122	,041	,211	2,997	,003	,813	1,230
Dificuldades na mobilidade e locomoção ²²⁷	,247	,106	,179	2,334	,021	,684	1,463
Como descreve a sua saúde ²²⁸	,322	,053	,486	6,033	,000	,622	1,607
Sofre de algum problema de saúde ²²⁹	,213	,158	,090	1,349	,180	,911	1,098

a. Dependent Variable: saúde e segurança

a. Dependent Variable: saúde e segurança

6.2.3.3 Residência e sociabilidade

Em relação à residência e sociabilidade, consistiu no fator cuja satisfação é maior, estando a grande maioria satisfeita (Tabela LIV).

De seguida, fomos perceber se as variáveis diferiam na variável género. As mulheres estão mais satisfeitas com todos os indicadores de residência e sociabilidade. No entanto, através do cálculo do *Mann-Whitney Test* verificamos que esta associação não é significativa para nenhuma variável (Tabela 1, Anexo VI) (Tabela LV).

²²⁴ Género: 0=homem; 1=mulher

²²⁵ Escolaridade: 1=não estudou; 9=ensino superior

²²⁶ O rendimento chega ao fim do mês: 1= sim e é sempre superior aos gastos; 5= raramente ou nunca

²²⁷ Dificuldades na mobilidade e locomoção: 0=não; 1=sim

²²⁸ Como descreve a sua saúde: 1=excelente; 5=má

²²⁹ Sofre de algum problema de saúde: 0=não; 1=sim

Tabela LIV - ISV, Residência e Sociabilidade, Estudo 2

RESIDÊNCIA E SOCIABILIDADE		Satisfação			Insatisfação			Não aplicável	não responde
		completamente satisfeito	muito satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	muito insatisfeito	completamente insatisfeito		
I11-"satisfação do inquirido com a casa onde vive"	Freq	23	42	69	8	2	0	11	5
	%	14,4%	26,3%	43,1%	5,0%	1,3%	,0%	6,9%	3,1%
		83,80%			6,30%				
I12-"satisfação do inquirido com o lugar onde vive"	Freq	31	38	77	5	4	0	0	5
	%	19,4%	23,8%	48,1%	3,1%	2,5%	,0%	,0%	3,1%
		91,30%			5,60%				
I13-"satisfação do inquirido com conversar com familiares, vizinhos ou amigos"	Freq	52	38	57	6	1	1	0	5
	%	32,5%	23,8%	35,6%	3,8%	,6%	,6%	,0%	3,1%
		91,90%			5,00%				

Tabela LV - % de Indivíduos satisfeitos com a residência e sociabilidade, ISV, Homens e Mulheres, Estudo 2

RESIDÊNCIA E SOCIABILIDADE			
	Casa onde vive	Lugar onde vive	Conversar com familiares, vizinhos ou amigos
Homens	81,1%	90,6%	94,1%
Mulheres	85%	91,6%	95,2%

Em relação aos grupos etários não se identificam padrões (Tabela LVI), verificando-se que à exceção do grupo com menos de 65 anos, nos grupos etários mais velhos diminui a satisfação com o lugar onde vive e conversar com familiares, vizinhos ou amigos.

Tabela LVI - % de Indivíduos satisfeitos com a residência e sociabilidade, ISV, categorias etárias, Estudo 2

RESIDÊNCIA E SOCIABILIDADE			
	Casa onde vive	Lugar onde vive	Conversar com familiares, vizinhos ou amigos
<65	83,4	75,1	91,7
65-74	83,3	94,1	97,6
75-84	87,3	91	94,2
≥85	66,3	88,9	75

Analisando a residência e sociabilidade nos diferentes grupos de escolaridade, o *Kruskal Wallis Test*²³⁰ foi apenas significativo para a satisfação com o lugar, verificando-se que os indivíduos mais escolarizados estão menos satisfeitos. No entanto, vemos também que os grupos mais

²³⁰ Sig < α = 0,05, p=0,002 (Tabela 3, Anexo VI)

escolarizados estão mais satisfeitos com conversar com familiares, vizinhos ou amigos (Tabela LVII).

Tabela LVII - % de indivíduos satisfeitos com a residência e sociabilidade, ISV e Escolaridade, Estudo 2

RESIDÊNCIA E SOCIABILIDADE			
	Casa onde vive	Lugar onde vive	Conversar com familiares, vizinhos ou amigos
Não estudou	100%	100%	91%
1º ciclo	80,4%	93,5%	93,2%
2º e 3º ciclo	86,4%	86,5%	97,3%
Ensino secundário	81,9%	90,9%	100%
Estudos superiores	86,3%	91%	100%

Porém, através da regressão linear múltipla ($R^2_{AJ} = 23,5\%$), do conjunto de variáveis selecionado apenas a descrição da saúde influencia a satisfação com a residência e sociabilidade (Tabela XLXVIII).

Tabela LVIII-Regressão linear múltipla, Satisfação com a residência e sociabilidade,ISV, Estudo2

Tabela EVM: Regressão linear múltipla, Satisfação com a residência e sociabilidade, ISV, Estudo 2							
Model	Coefficients ^a		Standardized Coefficients Beta	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	Unstandardized Coefficients					Tolerance	VIF
	B	Std. Error					
(Constant)	1,223	,565		2,165	,032		
Gênero ²³¹	-,182	,133	-,107	-1,370	,173	,917	1,091
Escolaridade ²³²	,066	,034	,182	1,934	,055	,638	1,567
O rendimento chega ao fim do mês ou não ²³³	-,039	,064	-,055	-,604	,547	,676	1,478
Dificuldades na mobilidade e locomoção ²³⁴	-,208	,154	-,124	-1,356	,178	,672	1,488
1 Como descreve a sua saúde ²³⁵	,205	,086	,224	2,387	,018	,638	1,568
Sofre de algum problema de saúde ²³⁶	-,136	,231	-,047	-,589	,557	,889	1,125
Com quantos familiares, amigos ou vizinhos conversa todos os dias ²³⁷	-,080	,054	-,116	-1,494	,138	,926	1,079
Satisfação em relação ao estado de conservação da casa onde vive ²³⁸	,137	,080	,155	1,708	,090	,684	1,462
a. Dependent Variable: residência e sociabilidade							

a. Dependent Variable: residência e sociabilidade

²³¹ Gênero: 0=homem; 1=mulher

²³² Escolaridade: 1=não estudou; 9=ensino superior

²³³ O rendimento chega ao fim do mês: 1= sim e é sempre superior aos gastos; 5= raramente ou nunca

²³⁴ Dificuldades na mobilidade e locomoção: 0=não; 1=sim

²³⁵ Como descreve a sua saúde: 1=excelente; 5=má

²³⁶ Sofre de algum problema de saúde: 0=não; 1=sim

²³⁷ Com quantos familiares, amigos ou vizinhos conversa todos os dias: 0=1; 6= \geq 9

²³⁸ Satisfação em relação ao estado de conservação da casa onde vive: 0=muito bom; 5= degradada, a precisar de grandes obras

6.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 2

Iniciamos esta discussão elucidando que alguns resultados do estudo 2 vêm reforçar as conclusões já refletidas do estudo 1, pelo que não iremos reatar essas observações. A amostra revelou baixa escolaridade da população mais velha, sobretudo das mulheres. Quase metade dos inquiridos reformou-se precocemente, isto é, antes de completar 65 anos de idade, havendo uma maior proporção de homens reformados em comparação com as mulheres. Quanto à disponibilidade financeira, tal como no estudo 1, também se revelaram dificuldades nos grupos etários mais velhos, nas mulheres, nos indivíduos menos escolarizados e nos que ainda se encontram a trabalhar. Lembremos que 27,7% das pessoas que não tem ajuda financeira caso necessite, o rendimento também não chega ao fim do mês.

Sabe-se que as pessoas mais velhas estão mais sujeitas a uma exclusão social devido à redução da sua rede social. Encontram-se em risco de isolamento ou solidão relacionado com o declínio do bem-estar físico e mental, pois há uma maior probabilidade de perderem membros da família e amigos (WHO, 2002). Na UE há uma maior propensão das pessoas idosas para viverem sozinhas (28,5% das pessoas 65+ na UE28, 20% das pessoas 65+ em Portugal, em 2011), sobretudo as mulheres (36,9% das mulheres 65+, 16,9% dos homens 65+ na UE28, em 2011) (Eurostat). Os resultados do estudo 2 apontam no mesmo sentido. Analisando os dados relativos ao número do agregado familiar, concluímos que 22,5% dos inquiridos vivia sozinho. Em consonância com a literatura, vimos também que os homens envelhecem em agregados familiares mais numerosos e as mulheres envelhecem mais sós: 27,9% das mulheres e 11,3% dos homens vive sozinho. Estes dados remetem-nos para constatações já explicadas no capítulo 1 por Fernandes (2009), devidas ao aumento da esperança de vida das mulheres e maior proporção a enviuvarem, em consequência do fenómeno da sobremortalidade masculina. Mas a solidão por parte das pessoas mais velhas verifica-se ainda noutras variáveis do estudo 2. 10,6% da amostra fala apenas com duas pessoas todos os dias, 4,4% com uma pessoa e 1,9% não tem ninguém com quem falar todos os dias. Estes dados adquirem significado ao vermos que quanto maior o número de pessoas com quem conversam mais satisfeitos estão os indivíduos.

Perante esta suscetibilidade a solidão, isolamento e exclusão social, pronunciamo-nos quanto ao poder dos programas de âmbito recreativo, que fomentem a participação social dos mais velhos e sós. Tais medidas objetivam causar consequências positivas na vida das pessoas, podendo alcançar benefícios mais alargados, se pensarmos na parcela da amostra que (embora

de dimensão reduzida) não tem ninguém com quem falar quando tem de tomar uma decisão importante e/ou não tem ninguém a quem recorrer quando necessita de ajuda com cuidados pessoais ou tarefas domésticas. De facto, o capítulo 1 já nos tinha elucidado quanto a transformações nas estruturas e funcionamentos familiares, passíveis de explicar estes resultados. Falamos da redução dos elementos da família nuclear, do aumento das distâncias geográficas entre pais e filhos ou do aumento da taxa de atividade feminina, capazes de perturbar a configuração das relações familiares e os modelos de organização familiar como respostas dirigidas ao envelhecimento. Pensemos que, na continuidade destas alterações, os “novos velhos” estarão cada vez mais sozinhos, mais isolados nas suas casas e requerem respostas mais integradas e eficazes.

À semelhança do estudo 1, a maioria da amostra avalia a sua saúde como má ou razoável, sendo esta descrição menos positiva nas pessoas com mais idade, nas mulheres e nos indivíduos com menor grau de escolaridade. À medida que a idade avança aumenta a proporção de pessoas com doenças crónicas. Intimamente relacionados com a saúde da população, os aspetos comportamentais podem constituir fatores de risco ou de proteção. Tal como no estudo 1, o estudo 2 apresentou uma baixa proporção de pessoas que fumava (9,4% da amostra) e 25% dos inquiridos que consumia álcool (15,6% quase todos os dias, 4,4% três vezes por semana e 5% uma vez por semana). Contudo, para podermos interpretar estes dados seria necessária informação mais detalhada sobre os padrões e níveis de consumo. Segundo os resultados do inquérito alimentar nacional e de atividade física (IAN-AF) de 2015-2016, o grupo de pessoas com idade entre os 65 e os 84 anos é aquele que mais consome bebidas alcoólicas. Em média, consomem 298g de álcool por dia, um valor superior ao da população total (146g/dia). Verifica-se ainda que a quantidade média consumida pelos consumidores 65-84 é de 500g/dia. Para efeitos de estratégias políticas, estes dados especificam que a população mais velha consome essencialmente vinho (225g/dia; os consumidores: 393g/dia) (Lopes *et al.*, 2017).

Segundo Madeira *et al.* (2016) vários estudos consideram que a desnutrição²³⁹ é uma das principais ameaças à saúde e à qualidade de vida das pessoas mais velhas, transportando complicações médicas, hospitalização e aumento da mortalidade. A evidência conclui que os estados desnutridos são determinados pelo processo de envelhecimento, mas também por outros fatores como a baixa escolaridade, situações financeiras deficientes, doenças crónicas, isolamento social e redução da capacidade funcional. Porém, a prevalência entre a população

²³⁹ Estado de deficiência, excesso ou desequilíbrio de energia, proteínas ou outros nutrientes, causando efeitos adversos, podendo referir-se à subnutrição, desnutrição ou dieta desequilibrada (Madeira *et al.*, 2016).

idosa e o facto de ser muitas vezes subtil, exige o desenvolvimento de abordagens capazes de realizar um diagnóstico precoce e um tratamento eficiente. O conhecimento sobre o estado nutricional e os hábitos alimentares dos indivíduos mais velhos é, portanto, essencial para apoiar a criação de políticas de proteção à saúde e equidade em idosos (Madeira *et al.*, 2016). Intimamente relacionada com a desnutrição, Frangeskou, Lopez-Valcarcel e Serra-Maje (2015) dizem-nos que a desidratação é amplamente prevalente entre os mais velhos e dispendiosa tanto para os indivíduos como para o sistema de saúde. Está diretamente associada ao desenvolvimento de doenças crónicas, aumento da mortalidade hospitalar bem, utilização das unidades de cuidados intensivos, cuidados de curta e longa duração, readmissão e recursos reinternamentos hospitalares.

A grande maioria da amostra do estudo 2 (97,5%) realiza 3 refeições por dia (pequeno-almoço, almoço e jantar). No entanto, apesar de 89,4% julgar que tem uma alimentação saudável, apenas 40% partilha os cuidados que tem. Foi identificado um número reduzido de cuidados, ainda que correspondam à dieta mediterrânea: *evita as gorduras e açúcares* foi o cuidado mais referido, seguido de *consome frutas e legumes/ vegetais*²⁴⁰, seguido de *evita/ não consome sal*. Caprara *et al.* (2013) considera que a dieta mediterrânea (baixa ingestão de gordura saturada e alto consumo de frutas e vegetais) está fortemente relacionada com a sobrevivência e esperança de vida, diminuindo a mortalidade por doença coronária cerca de 40% e todas as causas de mortalidade cerca de 20%.

Em concordância com o estudo 1, a maioria da amostra do estudo 2 (58,1%) não pratica atividade física, estando esta prática relacionada com a idade: os indivíduos mais velhos realizam menos atividade física (bem como com a avaliação subjetiva da saúde: os indivíduos que descrevem a sua saúde de forma mais positiva praticam atividade física com mais frequência; e a escolaridade: os grupos menos escolarizados apresentam uma menor proporção de pessoas que pratica atividade física). Retomamos aqui a sugestão da criação de programas que promovam e facilitem a prática de exercício físico regular, suportada ainda por verificarmos que os indivíduos que participam nesses programas estão mais satisfeitos em relação à realização de atividades físicas sozinho ou com outras pessoas. Sendo a saúde a variável mais preditora da prática de atividade física, o desenvolvimento destas iniciativas requer uma atenção

²⁴⁰ Segundo os resultados do IAN-AF 2015-1017, apesar de mais de metade da população portuguesa não cumprir as recomendações da Organização Mundial de Saúde de consumir mais de 400 gramas por dia de fruta e produtos agrícolas, a inadequação é inferior no grupo etário 65-84 anos (Lopes *et al.*, 2017).

especial com as pessoas que padecem de problemas de saúde, adaptando-se às diversas condições, necessidades e garantindo as condições de acesso.

Por outro lado, apesar de 41,4% praticar exercício, tal como no estudo 1, verificou-se uma pequena proporção que participa em programas de atividade física estruturados (8,8%), sendo sobretudo as mulheres. 42,1% das razões apontadas para a não-adesão é ser autónomo. Destas conclusões emerge o valor das estratégias que facilitam uma vida fisicamente ativa e tornam os lugares fisicamente acessíveis.

Ainda à semelhança dos Resultados 1, a amostra do estudo 2 apresenta uma baixa proporção de pessoas que ocupa o seu tempo em organizações: 8,8% frequenta uma associação, 8,1% frequenta uma universidade sénior, 5% frequenta um centro de convívio e 3,8% uma organização política. Estes resultados poderiam levar-nos a negligenciar a importância dos programas estruturados de natureza cultural e recreativa. Em todo o caso, os inquiridos justificam a não-adesão aos programas estruturados com o desconhecimento acerca dos mesmos e recorde-se também que os indivíduos que participam nestes programas estão mais satisfeitos.

Acerca das condições de segurança das pessoas mais velhas, os resultados deste estudo revelam que uma maior atenção deve ser dirigida às medidas orientadas para a acessibilidade e segurança física. Recordemos que quase 1/3 da amostra tem dificuldades na mobilidade e locomoção, a mesma proporção de pessoas sofreu pelo menos uma queda no ano anterior ao inquérito, sabendo-se que os indivíduos com dificuldades na mobilidade e locomoção caem mais. Tendo a maioria das quedas ocorrido em casa (54,9%), a habitação destaca-se como um dos setores de intervenção que carece de maior distinção. Falamos da adaptação das casas às necessidades crescentes das pessoas ao longo do processo de envelhecimento. Os riscos ao nível das condições de acessibilidade da habitação são evidenciados se dermos conta que a maioria dos indivíduos que avaliou o estado de conservação da sua casa como “degradado, a precisar de grandes obras” sofreu uma a quatro quedas. Mas não esqueçamos que o rendimento foi considerado o fator mais influente da avaliação do estado de conservação da casa, bem como da satisfação com a acessibilidade e segurança da habitação. Estes elementos estatísticos abonam a favor da criação de políticas e programas dirigidos à melhoria das condições habitacionais da população mais velha em situações de precariedade financeira. Falamos das políticas sociais dirigidas à habitação, baseadas no paradigma de “envelhecimento ativo”, nos projetos *age-friendly* e nas diretrizes do *aging in place*, com todo o potencial descrito no

capítulo 3 quanto aos impactos da habitação na saúde e bem-estar das populações, bem como na manutenção das pessoas nas suas próprias casas.

Já havíamos referido que há uma preferência das pessoas mais velhas para envelhecer em casa. Mas o envelhecimento na habitação onde se viveu parte significativa da vida está condicionado a fatores de dependência, incapacidade e risco de acidentes (Machado, 2005). Neste domínio, as condições da habitação são protagonistas. Em 1995, os dados europeus mostravam que as condições habitacionais dos agregados domésticos das pessoas idosas eram piores que as dos demais agregados, sendo este desfavorecimento ainda maior nas pessoas que viviam sós. Além disso, também a avaliação do grau de satisfação com as condições habitacionais era menos favorável entre a população mais velha (Eurostat, 1995, cit. por Machado, 2005: 268). Em 1999, Whitten e Kailis (1999) debruçam-se também sobre os dados da UE concluindo que as pessoas mais velhas que vivem sozinhas tinham maior probabilidade de viver em habitações sem serviços básicos (banheira/duche, sanita, água quente) sendo os idosos portugueses dos mais desfavorecidos. Além disso, embora as percentagens de casais de idosos nestas condições sejam inferiores, em Portugal era superior a um terço. Segundo Rybkowska e Scheider (2011) os dados sobre as condições habitacionais tornam claro que a habitação é um dos exemplos mais extremos de pobreza e exclusão social na sociedade. Os resultados do estudo 2 revelam que o estado de conservação da casa não diferiu nos grupos etários. No entanto, trata-se da satisfação dos inquiridos em relação ao estado de conservação da casa e não de uma avaliação objetiva das condições reais de habitabilidade.

Não abandonamos a reflexão sobre a segurança física sem relembrar que 27,5% ocorreu na cidade/vila/bairro. O lugar merece, assim, a nossa atenção, até porque a literatura de *aging in place* e em torno do conceito de *habitat* não se restringe ao alojamento, mas adquire um sentido mais amplo. Significa também “o contexto de vida em que a pessoa se integra e do qual faz parte” (Machado, 2005: 282). Apesar da grande maioria estar satisfeita com a acessibilidade e segurança do lugar onde vive (93,1%), os indivíduos com dificuldades na mobilidade e locomoção (que são também os que caem mais) estavam menos satisfeitos. Tratam de dados a considerar nas políticas dirigidas aos espaços públicos, observando que, a seguir à avaliação subjetiva da saúde, a idade foi a variável mais preditora da ocorrência de quedas. Com efeito, os ambientes físicos acessíveis facilitam estilos de vida saudáveis ao longo da vida, melhoram a vida de todas as pessoas e podem fazer a diferença entre independência e dependência de todos os indivíduos. São especialmente importantes para idosos muitas vezes em risco de isolamento social, na medida em que a criação de espaços seguros pode aumentar a

participação. A solução passa por explorar as características necessárias de adequação dos espaços públicos à longevidade, tendo em consideração as componentes que comprometem/ permitem a utilização confortável dos espaços (Berke *et al.*, 2007). Os resultados deste estudo destacam a importância dos programas que tornam os espaços seguros, ajudando também a prevenir quedas e lesões. Além dos possíveis problemas de saúde, a consciência do perigo pode diminuir o desejo de caminhar até um determinado destino ou de realizar uma atividade recreativa (Berke *et al.*, 2007) e, consequentemente, levar à perda de mobilidade.

As representações e percepções relacionadas com o envelhecimento são vistas como um terreno fértil à análise sociológica e da Psicologia. Tal como no estudo 1, também a variável “a idade impede de fazer coisas que gostaria” revela preocupações relacionados com o idadismo. Mostrou que quanto mais velho maior a frequência com que isso acontece (embora as variáveis mais influentes sejam as dificuldades na mobilidade e locomoção, a escolaridade e a avaliação subjetiva da saúde).

Vejamos, por último, a satisfação com a vida pela aplicação do ISV. De uma forma geral, podemos destacar três padrões em termos de *i)* género, *ii)* idade e *iii)* escolaridade.

i) Na generalidade, as mulheres estavam menos satisfeitas com a sua vida. Apresentam valores mais baixos para os serviços e recursos (à exceção da satisfação com as atividades culturais e de lazer) e para todos os indicadores de saúde e segurança. Por sua vez, os homens estão menos satisfeitos com os indicadores de residência e sociabilidade.

ii) À medida que a idade avança diminui a satisfação com a maioria dos fatores de satisfação com a vida. Em relação aos serviços e recursos, com o avançar da idade diminuiu a satisfação com a disponibilidade dos transportes, a disponibilidade de locais para prática de atividade física, cultura e lazer, os serviços proporcionados pela comunidade e a realização de atividade física sozinho ou com outras pessoas. Quanto à saúde e segurança, nas categorias mais velhas diminui a satisfação com a condição física, a situação financeira e a saúde, embora se registe uma melhoria da satisfação com a situação financeira e a saúde as pessoas com 85 e mais anos. Quanto à residência e sociabilidade, com o aumento da idade diminui a satisfação com o lugar onde vive e conversar com familiares, vizinhos ou amigos. Não obstante, e em conformidade com a sustentação teórica que relatámos no ponto 3.1, concordamos com Berg (2009) quanto à heterogeneidade na satisfação com a vida das pessoas mais velhas, pois, para todos os indicadores de satisfação com a vida analisados, há sempre uma proporção significativa de indivíduos 75-84 e 85+ satisfeitos (superior a 1/3).

iii) As pessoas menos escolarizadas estão menos satisfeitas com a maioria dos indicadores de satisfação com a vida, à exceção dos serviços proporcionados pelo Estado e do lugar onde vivem. Quanto menor era a escolaridade menor era a satisfação com a realização de atividades físicas sozinho ou com outras pessoas (serviços e recursos), com a situação financeira (saúde e segurança), e conversar com familiares, vizinhos ou amigos (residência e sociabilidade).

CAPÍTULO 7 – ESTUDO 3. POLÍTICAS LOCAIS DIRIGIDAS AO ENVELHECIMENTO.

O estudo 3 foi concretizado para cumprimento dos objetivos: *iii) Identificar as políticas e programas locais direcionados para o envelhecimento da população em municípios portugueses selecionados; iv) Criar um instrumento capaz de analisar e avaliar as políticas locais de envelhecimento numa perspetiva de governança local, baseado no paradigma de “envelhecimento ativo”, aplicando-o aos programas dos municípios selecionados.*

A análise de políticas públicas tem como objeto de estudo as decisões e os programas de ação, refletindo sobre os problemas que procuram resolver e sobre as condições de implementação (Araújo & Rodrigues, 2017). Representa esforços para atores dentro e fora dos processos formais de tomada de decisão, no sentido de melhorar os resultados. Existe uma série de metodologias que visam a análise de políticas (Howlett & Lindquist, 2004), e de modelos de compreensão das políticas públicas promissores e bem documentados. Parte de contributos teóricos multidisciplinares, permitindo refletir e explicar a lógica da ação pública (Araújo e Rodrigues). A análise que aqui pretendemos não se foca nos modelos e indicadores de avaliação de políticas públicas, por se afastar dos padrões ligados a determinada cultura analítica para girar em torno de um conjunto de ferramentas focadas na peculiaridade do envelhecimento populacional e das políticas concebidas ao nível local. Interessa-nos perceber a proximidade das medidas locais ao referencial de “envelhecimento ativo”, na perspetiva integrada que adotámos, percebendo a adequabilidade às características e condições da população mais velha.

Em termos práticos, incide na análise dos recursos dirigidos ao envelhecimento, numa perspetiva de governança local, nos municípios de Coruche e Oeiras, o que exigiu a criação e aplicação de um instrumento de análise baseado no paradigma de “envelhecimento ativo”. Neste capítulo são descritos os procedimentos metodológicos do estudo 3, seguindo-se a apresentação dos resultados e discussão. Tendo sido realizado após a conclusão dos estudos 1 e 2, esta discussão beneficia já de uma reflexão em torno dos resultados dos três estudos.

7.1 METODOLOGIA DO ESTUDO 3

Realizado nos mesmos municípios do estudo anterior (Coruche e Oeiras), o estudo 3 envolveu três momentos distintos. Num primeiro momento, efetuámos uma pesquisa em torno de políticas locais orientadas para a promoção de um “envelhecimento ativo” por parte da Câmara Municipal, Centro de Saúde, Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS), Farmácias, Lares, Centros de Dia, Associações Locais, Coletividades, Bombeiros Voluntários, GNR/PSP e empresas privadas. A concretização deste procedimento seguiu uma metodologia qualitativa através do levantamento de programas, projetos, recursos, práticas e iniciativas. Após a recolha dos programas locais nos dois municípios, seguiu-se uma análise documental, esclarecendo-se o seu funcionamento, objetivos, população alvo e entidade responsável, originando os primeiros resultados deste estudo, que designámos de Resultados 3a.

Identificados, sintetizados e analisados os programas existentes nas duas unidades territoriais, a investigação prosseguiu para um segundo momento. Para reduzir a carga de subjetividade, e tendo em conta as limitações de estudos anteriores (Bárrios & Fernandes, 2014; Bárrios & Fernandes, 2015), a análise destes programas exigiu a concretização do objetivo *iv*), com a construção e validação de um instrumento de análise e avaliação de políticas locais dirigidas ao envelhecimento. Neste segundo momento do estudo 3 procedemos à construção de um modelo que utiliza como tendência os determinantes elencados no conceito de “envelhecimento ativo” (WHO, 2002) e tem em conta as orientações e recomendações transnacionais para as políticas públicas dirigidas ao envelhecimento. O desenvolvimento do modelo apoia-se igualmente na realidade, partindo da dificuldade sentida em estudos prévios já mencionados. A construção e validação deste instrumento recorreu ao método DELPHI.

Uma vez construído e validado em termos de conteúdo, o instrumento foi aplicado às políticas locais já identificadas nos municípios de Coruche e Oeiras (Resultados 3a), através de uma metodologia quantitativa e cálculo de *scores*, dando origem aos Resultados 3b. Corresponde aos resultados finais da análise e avaliação das políticas locais²⁴¹.

²⁴¹ Esta aplicação do MALPA foi antecedida por uma experimentação. 3 membros do painel de peritos empregaram o instrumento a 3 programas, selecionados de forma aleatória, tendo obtido um valor semelhante.

7.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 3a

7.2.1. POLÍTICAS, PROGRAMAS E RECURSOS EM CORUCHE

De acordo com os programas recolhidos no município de Coruche foi possível identificar nove categorias, tendo em consideração a sua principal área de intervenção: ação social, ambiente, atividade física, cultura, educação, habitação, saúde, trabalho e transportes. A maior parte dos programas tem origem no governo municipal (CMC-Câmara Municipal de Coruche) e uma parte menor é criada pela sociedade civil²⁴², nomeadamente pelas associações locais e ONG.

Na categoria de ação social (Tabela LIX), foram recolhidos seis programas que passam pela promoção da participação, através do apoio às associações locais, a criação de uma academia sénior, realização de eventos esporádicos e ainda programas direcionados para as pessoas economicamente mais desfavorecidas.

Tabela LIX - Programas de Ação Social em Coruche

Programa	Objetivos/ Breve Descrição	População Alvo	Organização
Apoio ao Associativismo	Apoiar todas as associações locais que servem as comunidades do município (aproximadamente 40 associações) com um regulamento em termos de critérios de atribuição de subsídios comum a todos os setores (desportivo, cultural e social).	Toda a população	CMC
Academia Sénior Itinerante*	Concentrar os programas e todas as atividades desportivas, culturais ou recreativas dirigidas a idosos, criando ainda outras atividades ocupacionais e do foro educativo inexistentes. Estabelecer uma parceria com a escola de natação Búzios, a academia de Música e a Universidade Aberta. A CMC pretende criar uma nova associação que dê suporte a esta academia e que funcione num edifício já existente, uma antiga escola primária; e tem convocado idosos para as reuniões relativas ao desenvolvimento deste projeto.	Pessoas 65+	CMC
Cartão Sénior	Fomentar a inserção social dos idosos, promovendo o seu desenvolvimento social assente no princípio da discriminação positiva, nomeadamente dos carenciados. Permitir ao idoso o acesso a determinados benefícios: i) cartão azul: descontos nas tarifas de saneamento e recolha de resíduos sólidos; ii) cartão amarelo: acesso gratuito a atividades culturais e recreativas promovidas pela autarquia, bem como isenção total de taxas na frequência das piscinas municipais.	Pessoas 65+	CMC
Loja Social	Apoiar as pessoas carenciadas através da transferência de recursos de alimentação, higiene e vestuário.	População carenciada	Associação Ninho de Esperança e CMC
Atividades Esporádicas	Proporcionar encontros de gerações entre os alunos do ensino básico e as pessoas 65+ Participar em eventos como o Fórum Solidário – Encontro entre Gerações, nos dias 25, 26 e 27 de Outubro de 2012, no CNEMA, em Santarém; e o “grande encontro entre gerações” no dia 6 de Outubro de 2012, no Estádio do Jamor, com atividades variadas na área do desporto, lazer e promoção da saúde e bem-estar.	Pessoas 65+	CMC
Lares/ Centros de Dia/ Apoio Domiciliário	7 centros de dia 7 ERPI (Lares ou Residências) 7 serviços de apoio domiciliário		

*Em criação à data da investigação

²⁴² As organizações da sociedade civil e empresas privadas responderam ao pedido de colaboração com o estudo mas foi a Câmara Municipal quem mais participou na identificação de programas sobre os quais tinha conhecimento. As farmácias não apresentaram qualquer programa.

Na área do ambiente (Tabela LX), reunimos oito medidas que incluem planos de melhoria da acessibilidade do espaço público bem como criação de ambientes seguros e limpos, que favorecem a prática de estilos de vida saudáveis.

Tabela LX - Programas de Ambiente em Coruche

Programa	Objetivos/ Breve Descrição	População Alvo	Organização
Plano MPT	Diagnosticar a acessibilidade e efetuar o levantamento dos obstáculos e barreiras em todo o concelho: edificado, transportes, comunicação, infoacessibilidade, espaço público Estabelecer um plano de intervenção de melhoria da acessibilidade.	Toda a população	CMC e Mobilidade Paula Teles
Espaços Verdes e Parques Urbanos	Providenciar áreas verdes, proporcionar atividades recreativas, promover a prática de atividade física ao ar livre facilitar atividades livres das crianças (aplicar um plano de reabilitação). Permitir que os espaços funcionem como espaços de diversão e criar espaços de descanso, lazer, recreação. Apoiar as pessoas que vão levar e buscar os seus filhos/netos à escola. Servir eventos desportivos: pesca, triatlo, canoagem...	Toda a população	CMC
Ciclovias	Fomentar a prática de atividade física através do uso das ciclovias com uma extensão de 2,5Km	Toda a população	CMC
Percursos Pedestres	Encorajar a prática de atividade física através da marcha nos percursos pedestres com um total de 16.792Km	Toda a população	CMC
Equipamento Gerontológico	Encorajar a prática de atividade física das pessoas mais velhas através de um ginásio <i>outdoor</i>	Pessoas idosas*	CMC
Higiene e Limpeza Pública	Efetuar a limpeza na vila e nas freguesias do concelho em termos de espaços públicos, sargetas, desratização e a desinfestação dos edifícios públicos. Introduzir um sistema de GPS nas viaturas de recolha de lixo de forma a otimizar o sistema. Introduzir um sistema de alerta que permita detetar anomalias no funcionamento e para que os utilizadores poderão inserir informações que considerem relevantes, como a sinalização de um contentor que não foi recolhido ou que foi vandalizado. Proporcionar um sistema de separação de resíduos através de ecopontos existentes no perímetro urbano, tratando-se de ilhas ecológicas completas. Realizar ações de sensibilização nas escolas Controlar e determinar uma estratégia de diminuição do ruído.	Toda a população	CMC
Plano de Ordenamento do Território	i)Zona Urbana Santo Antoninho Norte, veiculado com obras particulares em termos de loteamentos e obras de edificação. ii)Zonas Industriais. Os 2 planos cumprem as acessibilidades.	Toda a população	CMC
Hortas urbanas	Funcionar como meio de subsistência de pessoas carenciadas, como forma de apoio à família, pretendendo-se que, dentro do perímetro urbano. Promover a participação, educação e prática de atividade física através das hortas escolares	Pessoas carenciadas e alunos das escolas	CMC

*não são utilizados pelas pessoas mais velhas

Na Tabela LXI encontram-se os cinco programas promotores de atividade física analisados em Coruche, com foco no exercício especializado para a população mais velha e na realização de iniciativas do foro recreativo.

Os três programas culturais, descritos na Tabela LXII, circundam a promoção do turismo sénior, atividades associativas e tertúlias temáticas.

Foram identificados três programas na área da educação (Tabela LXIII) respeitantes a atividades de sensibilização, uma infraestrutura de apoio a hábitos educativos e iniciativas direcionadas para a promoção das relações intergeracionais.

Tabela LXI - Programas de Atividade Física em Coruche

Programa	Objetivos/ Breve Descrição	População Alvo	Organização
Programa de Gerontomotricidade	Providenciar programas de atividade física regular para idosos, de várias modalidades, controlados por técnicos especializados. Realizadas espetáculos de demonstração ao longo do ano.	Pessoas 65+	CMC
Uso Livre das Piscinas Municipais	Proporcionar a prática gratuita de atividade física em meio aquático para as pessoas com 65 e mais anos. Para além dos programas existentes, todas as pessoas com 65 e mais anos têm acesso livre e gratuito na utilização das piscinas municipais.	População 65+	CMC e Búzios
Atividades Pontuais de Atividade Física	Desenvolver um conjunto de atividades relacionadas com a condição física para todas as faixas etárias: passeios à praia, jogos tradicionais, encontros de gerações, aeróbica na rua, dia internacional da família, dia internacional da saúde, corrida da solidariedade, passeio noturno, semana da mobilidade, marcha do coração...	Toda a população	CMC
Passeios de Bicicleta	Organizar passeios de bicicleta uma vez por mês em diferentes freguesias*	Toda a população	CMC
Atividades de Marcha	Realizar passeios pedestres uma vez por mês em diferentes freguesias**	Toda a população	CMC

*Entretanto as pessoas foram-se autonomizando, organizam-se em grupos e fazem passeios de bicicleta habitualmente.

**as pessoas habituaram-se, realizam os passeios com regularidade, todas as faixas etárias, sozinhas e em grupos, de forma que os passeios só se realizam esporadicamente

Tabela LXII - Programas de Cultura em Coruche

Programa	Objetivos/ Breve Descrição	População Alvo	Organização
Passeio dos reformados	Proporcionar viagens recreativas para a população reformada, com uma componente cultural presente e de acordo com as suas preferências (1x/ano).	Pessoas 50+ (flexibilidade para outras idades)	CMC e Museu Municipal
Associações: rancho folclórico vila nova da Erra, Contacenas, Associação cultural e recreativa rancho os arrozeiros do Sorraia e ASSECOR.	Recolher informações desde o início do séc. XX: canções, contos, histórias, memórias, experiências e costumes. Criar quadros etnográficos onde estão representados os relatos. Promover atividades de <i>fitness</i> para seniores Criar um lugar de costura e uma horta familiar onde as pessoas mais velhas possam ensinar as mais novas Disponibilizar um grupo de teatro que abre a porta a toda a população de todas as faixas etárias Desenvolver atividades culturais, de lazer, de atividade física, sociais e ambientais para pessoas 65+: ginástica de manutenção, grupo de folclores, tapeçaria e arraiolos, caminhadas, festivais...	Toda a população ASECOR: Pessoas Idosas	Associações Locais
Tertúlias do Núcleo tauromáquico	Tertúlias de temas relacionados com a tauromaquia (o touro bravo; cavalo e toureiro; tauromaquia, património imaterial; matador de touros...)	Toda a População	Museu Municipal

Tabela LXIII - Programas de Educação em Coruche

Programa	Objetivos/ Breve Descrição	População Alvo	Organização
Atividades de Sensibilização	Realizar ações de sensibilização da população geral de diversas temáticas e seminários sobre inclusão e acessibilidade dirigidos à população escolar	População em geral População Escolar	CMC
Atividades intergeracionais	Promover encontros intergeracionais, dinamizando junto dos utentes dos Centros de Dia e Lares atividades de caráter lúdico e de animação sociocultural, partilha de experiências de vida, convívio intergeracional e despertar de memórias de tempos passados. Para tal, os alunos do 1º ciclo são convidados a passar um dia nos Centros de Dia, e os idosos dos centros de dia lares a deslocar-se às creches municipais, interagindo com as suas crianças e usufruindo de um lanche*	Pessoas 65+, alunos do jardins-de-infância e do 1º ciclo	CMC
Biblioteca Municipal	Fomentar a prática de hábitos culturais	Toda a população	CMC

*este projeto deu origem a um livro em processo de edição

Na Tabela LXIV encontramos quatro programas inseridos na categoria habitação, que incidem na melhoria das condições de habitabilidade e serviços de apoio domiciliário.

Tabela LXIV - Programas de Habitação em Coruche

Programa	Objetivos/ Breve Descrição	População Alvo	Organização
Projeto ELOS	Apoiar pontualmente pessoas/famílias com dificuldades económicas no apoio ao pagamento de medicamentos, dívidas, atribuição de géneros alimentares, distribuição de roupa, entre outros	População carenciada	Cáritas Paroquial de Coruche
Projeto de Apoio Domiciliar*	Providenciar apoio domiciliário em diversos sectores; saúde, habitação, segurança...	População carenciada	Associação Ninho de Esperança e CMC
Programa de Melhoria do Conforto Habitacional	Atribuir materiais de construção, destinados à reconstrução, ampliação, alteração ou conservação de habitações de agregados familiares carenciados, em termos de obras básicas de habitabilidade e obras necessárias à adaptação da casa em termos de ajudas técnicas no caso de doenças que o exijam	População carenciada	CMC
Aquisição e arrendamento de habitação	Facilitar o arrendamento e compra de habitação destinados a todas as faixas etárias.	Toda a população	CMC

*projeto ainda não implementado

Quanto aos programas de saúde, são cinco (Tabela LXV). Além das infraestruturas públicas e privadas destinadas à prestação de cuidados de saúde, analisou-se um programa de transporte e acompanhamento a consultas/ tratamentos e uma medida de suporte da prática de atividade física por razões de saúde.

Tabela LXV - Programas de Saúde em Coruche

Programa	Objetivos/ Breve Descrição	População Alvo	Organização
Atividade Física por razões de saúde	Suportar o pagamento das mensalidades à empresa Búzios relativamente à frequência de hidroginástica / hidroterapia, quando recomendada pelo médico, devido a situação de doença.	População carenciada*	CMC e Búzios
Transporte e acompanhamento a tratamentos e consultas médicas	Providenciar transporte e acompanhar a população desfavorecida a tratamentos hospitalares e consultas médicas.**	População desfavorecida	CMC
Centros de Dia, Lares e SCMC	Assegurar cuidados de saúde, sociais, alimentação, higiene às pessoas institucionais	Pessoas idosas	Segurança Social, Associações e SCMC
Unidade de Cuidados Continuados	Garantir cuidados de saúde e internamento de pacientes referenciados pelo Sistema nacional de Saúde	Toda a população	SCMC
Centro de Saúde e Extensões de Saúde	Prestar Cuidados de Saúde Primários	Toda a população	

*agregado familiar com rendimento per capita igual ou inferior ao valor da Pensão Social relativa ao ano a que se refere os rendimentos

**há uma grande afluência para consultas e tratamentos do foro psiquiátrico
SCMC: Santa Casa da Misericórdia de Coruche

Coruche apresentou um único programa relacionado com o trabalho, na área do voluntariado (Tabela LXVI).

Tabela LXVI - Programas de Trabalho em Coruche

Programa	Objetivos/ Breve Descrição	População Alvo	Organização
Banco Local de Voluntariado	Em 2012 foi criado o Banco Local de Voluntariado, em colaboração com o Banco Nacional de Voluntariado, que já tem alguns voluntários inscritos para prestar apoio a instituições de idosos mas que não conta com nenhum idoso voluntário.	Toda a população	BNV e CMC

BNV: Banco Nacional de Voluntariado

Por último, os dois programas no setor dos transportes preocupam-se em manter os planos rodoviários dentro dos perímetros urbanos e em facilitar a participação das pessoas mais isoladas nas atividades de uma associação (Tabela LXVII).

Tabela LXVII - Programas de Transportes em Coruche

Programa	Objetivos/ Breve Descrição	População Alvo	Organização
Planos rodoviários dentro dos perímetros urbanos	Controlar a velocidade do tráfego, evitar as lombas e apostar nas passadeiras em lomba e sistemas semafóricos de controlo de velocidade, assim como o alargamento dos passeios, tornando-os acessíveis.	Toda a população	CMC – Bolsa de Mérito
Transporte de pessoas mais isoladas nos montes de forma a participarem nas atividades da ASSECOR	Garantir o transporte de pessoas 50+ nas regiões mais isoladas do concelho de forma a poderem participar nas atividades da associação ASSECOR.	Pessoas 50+ isoladas	ASSECOR e Empresa de Transportes Ribatejana

7.2.2. POLÍTICAS, PROGRAMAS E RECURSOS EM OEIRAS

De acordo com os programas recolhidos no município de Oeiras, foi possível identificar dez categorias de intervenção: ação social, ambiente, atividade física, cultura, educação, habitação, saúde, segurança, trabalho e transportes. Tal como em Coruche, a maioria dos programas recolhidos tem origem municipal²⁴³ (CMO – Câmara Municipal de Oeiras).

Na categoria de ação social, das dez estratégias identificadas, algumas constituem estruturas residenciais para as pessoas idosas, outras focam-se no apoio ao associativismo, na criação de medidas direcionadas para as condições socioeconómicas desfavoráveis e projeta-se, ainda, um observatório (Tabela LXVIII).

²⁴³ Apesar de se terem contactado as organizações da sociedade civil, empresas e farmácias a maioria não respondeu ao pedido de colaboração, tendo a Câmara Municipal colaborado na identificação de todos os programas sobre os quais tinha conhecimento.

Tabela LXVIII - Programas de Ação Social em Oeiras

Programa	Objetivos/ Breve Descrição	População Alvo	Organização
Plataforma de Apoio às Organizações Sociais	Contribuir para a sustentabilidade e qualidade das respostas sociais e maior adequabilidade dos serviços; Apoiar financeiramente obras e atividades anuais, disponibilizar apoios logísticos de caráter pontual; Facilitar a atuação dos agentes locais que desempenham intervenção social.	Entidades locais	CMO
Cartão Sénior 65+	Conceder descontos e reduções no acesso a diversos produtos e serviços prestados por entidades públicas e privadas, destacando-se respostas sociais, clínicas médicas e dentárias, institutos de oftalmologia, ginásios, restaurantes, entre outros.	Municípios 65+ pensionistas,	CMO
Atividades socioculturais e recreativas esporádicas	Promover um envelhecimento ativo, proporcionar diversas atividades que visem fomentar a animação e o convívio, combatendo o isolamento social. Ex: Dia dos Avós e Netos; Encontros de Outubro; Manhã Desportiva; Almoço de Natal	Todos os municípios (em especial idosos)	CMO
Programa Oeiras Solidária	Promover o encontro entre as políticas de responsabilidade social das empresas aderentes e as necessidades das entidades locais com respostas sociais, culturais, educativas, desportivas e ambientais. Estimular o voluntariado empresarial, doação de bens/produtos e concessão de donativos financeiros.	Entidades locais	CMO Empresas Locais
Rede Social de Oeiras	Potenciar uma maior eficácia na implementação de respostas sociais com vista à melhoria da qualidade de vida das comunidades e das pessoas. Integra 6 grupos de trabalho interinstitucionais, um deles dedicado às pessoas idosas.	Entidades locais	CLAS Oeiras
Equipa de emergência e apoio social	Dar resposta a situações de vulnerabilidade social sinalizadas à CMO e reforçar e complementar a capacidade de intervenção social e institucional em cada Freguesia	Indivíduos/famílias em situação de vulnerabilidade social	CMO
Fundo de emergência social	Concretizar apoio financeiro excecional a indivíduos e famílias em condições de emergência social, que não encontram resposta imediata nas entidades com competência específica para o apoio nas situações de carência económica.		
Fundo europeu de auxílio a carenciados	Receção e armazenamento dos produtos alimentares que são distribuídos a entidades locais que assumem o duplo papel de entidades mediadoras e entidades beneficiárias.	Entidades locais candidatas	
Intervenções sociais das Freguesias	Desenvolver respostas locais de apoio aos residentes em situação de maior vulnerabilidade e rentabilizar os recursos existentes: apoio jurídico; apoio ao sobre-endividamento; gabinete social; cidadão/empresa solidária; Comissão Social de Freguesia, ajudas técnicas, Centro Local de Apoio à Integração de Imigrantes; loja solidária, apoio no requerimento do Complemento Solidário para Idosos...	Municípios, em situação de vulnerabilidade social	Juntas de Freguesias
Intervenção de proximidade	Equipas permanentes de proximidade às populações em Paço de Arcos (Centro Comunitário do Alto da Loba) e Porto Salvo (Centro Comunitário dos Navegadores) Desenvolver ações de âmbito comunitário dirigidas a grupos em situação de desvantagem socioeconómica, de forma a facilitar a sua integração e participação social, bem como atividades de âmbito lúdico-pedagógico e desportivo.	Comunidade em geral	CMO Ass. Batoto Yetu (Caxias)
Observatório do Envelhecimento e da Pessoa Idosa*	Recolher, monitorizar e analisar os principais dados referentes às condições de vida da pessoa idosa, assegurando um diagnóstico atualizado; Planear a atuação municipal articulada com os restantes agentes locais no sentido de garantir uma coerência e concertação na intervenção: Assegurar a participação de municípios, cuidadores e entidades locais, nas fases de diagnóstico, reflexão/debate e execução de medidas; Sinalizar situações de potencial risco para acompanhamento por parte das entidades locais com resposta formal; Disponibilizar um roteiro dos recursos existentes nesta área; Avaliar e divulgar a atividade do observatório e os resultados obtidos pela implementação das políticas locais.	Toda a população	CMO
Lares, Centros de Dia, Apoio Domiciliário e Centro de Noite	Centro de Noite (em projeto) 28 centros de dia / convívio 43 ERPI (42 Lares de idosos (31 Lucrativos e 11 IPSS), 1 Residência 18 Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) (4 lucrativos e 14 IPSS)	População Idosa	CMO IPSS

Na Tabela LXIX são descritos os cinco programas ambientais identificados em Oeiras, que recaem sobre a criação de espaços verdes, sensibilização ambiental e questões inerentes à poluição.

Tabela LXIX - Programas de Ambiente em Oeiras

Objetivos/ Breve Descrição		População Alvo	Organização
Espaços Verdes	Gerir a estratégia de espaços verdes do concelho, propor e executar projetos de implantação requalificação e construção (seja por administração direta, seja, em casos que o justifiquem, recorrendo a contratação externa), zelar pela conservação e manutenção de zonas verdes de uso público e enquadramento urbano: lazer, recreio infantil, juvenil e sénior, espaços informais de atividade física, equipamento de apoio aos animais de companhia, áreas de produção (hortas urbanas). Participar na gestão do património cultural (jardins históricos, parques temáticos e quintas). Proporcionar a gestão dos espaços ajardinados por parte de empresas da especialidade, libertando o pessoal operário da CMO para a construção de novos jardins e para a manutenção de áreas especiais. Proceder à gestão dos viveiros municipais.	Toda a população	CMO
Sensibilização ambiental	Desenvolver projetos e campanhas que visem aumentar o grau de consciência ambiental da população, alargar a participação da comunidade na educação ambiental, dinamizar ações escolares de formação ambiental e demonstração da sustentabilidade ambiental, fomentar boas práticas ambientais nos serviços municipais, entidades públicas e privadas.	Toda a população	CMO
Gestão de resíduos urbanos e manutenção da salubridade dos espaços públicos, Água, Ar	Recolher todos os resíduos urbanos através de transporte e destino adequado. Promover e incentivar a participação da população na aplicação da política de separação de resíduos, providenciando e disponibilizando as condições adequadas e necessárias para o efeito. Proceder à distribuição, substituição, lavagem e manutenção dos recipientes para a deposição de resíduos; Acompanhar, fiscalizar e avaliar os serviços prestados em regime de <i>outsourcing</i> ; Limpeza manual, Limpeza mecânica, Deservagem Química e Mecânica e Desmatações; Proceder a tarefas de demolição em articulação com a polícia municipal; coordenar em permanência o sistema de controlo do estado de higiene e de salubridade dos espaços públicos, incluindo as zonas balneares; Proceder à limpeza de praias e desassoreamento sistemático das linhas de água, designadamente ribeiras, em articulação com os serviços competentes. Tratamento e distribuição de água potável, conservação de redes de água, de esgotos e de estações elevatórias. Adotar medidas preventivas através da renovação da frota automóvel, acompanhada de ações de eco-condução, substituindo progressivamente viaturas antigas por veículos com emissões mais reduzidas Realização de parcerias para ações de sensibilização sobre mobilidade sustentável	Toda a população	CMO
Ruído-Poluição sonora	Ações de sensibilização sobre o ruído, controlo do ruído, divulgação dos mapas de ruído no geoportal.	Toda a população	CMO Polícia Municipal
Número Verde	Otimizar e facilitar o acesso dos munícipes a serviços de recolha de resíduos volumosos; pedido de lavagem, reparação e/ou substituição de contentores; pedidos de podas de árvores; inscrições para projetos de educação e sensibilização ambiental; obtenção informações sobre questões ambientais; efetuar reclamações ou sugestões sobre limpeza urbana, ribeiras, praias, ruas e jardins.	Toda a população	CMO

Quanto à categoria atividade física, foram analisados seis programas, uns específicos para a população mais velha, outros destinados a toda a população em geral, alguns deles regulares e outros realizados esporadicamente (Tabela LXX).

No setor da cultura, foram recolhidos dois programas, sendo um deles a identificação das infraestruturas existentes no concelho e o outro uma iniciativa de turismo sénior (Tabela LXXI). O mesmo se passou na área da educação, com dois programas analisados, um relativo às bibliotecas existentes e o outro diz respeito às quatro universidades seniores do município de Oeiras (Tabela LXXII).

Tabela LXX - Programas de Atividade Física em Oeiras

	Objetivos/ Breve Descrição	População Alvo	Organização
Mexa-se Mais	Criar oportunidades para praticar modalidades diferentes, usufruindo dos parques e jardins; promover e enraizar hábitos de exercício moderado e regular; autonomizar os munícipes na escolha dos programas de exercício, motivando-os para uma efetiva utilização dos espaços disponíveis; servir de suporte à investigação científica na área da promoção da saúde pelo exercício	Todos os munícipes	CMO
Eventos Pontuais:	Proporcionar um conjunto diversificado de iniciativas ao ar livre: aulas de <i>fitness</i> , caminhada, corrida, <i>yoga</i> , jogos tradicionais, avaliação da condição física e aconselhamento de exercícios. Sensibilizar os munícipes para a utilização de formas alternativas de mobilidade e transporte: bicicleta, comboio, autocarro e percursos a pé. Ex: dia mundial da atividade física, mexa-se na marginal, triatlo de Oeiras, marginal à noite, travessia António Bessone Basto, marginal sem carros, corrida do tejo	Todos os munícipes	CMO
Circuito de Xadrez de Oeiras	Proporcionar aos residentes no concelho ou representantes de entidades atividade de estimulação cognitiva	Toda a população	CMO
Programa de atividades de ar livre	Propor atividades de orientação, caminhada, canoagem, vela e passeios de BTT; Oferecer a oportunidade de experimentar novas modalidades; Incentivar a prática de atividade física em grupo; Dar a conhecer locais de interesse histórico e cultural.	Todos os munícipes	CMO
Programa de atividade física 55+	Promover um envelhecimento ativo, melhorar a saúde, bem-estar e independência da população sénior, desenvolvendo atividades de continuidade em ginásio, piscina e ar livre (2aulas/semana): step adaptado, treino de força, ginástica de manutenção, natação adaptada, hidroginástica e <i>chi kung</i> .	Munícipes 55+	CMO
Programa municipal de apoio ao associativismo desportivo	Apoiar todas as entidades e agremiações que desenvolvam iniciativas de promoção da atividade física e desporto: clubes desportivos, coletividades culturais e recreativas, estruturas associativas diversas, associações e federações desportivas, associações informais e grupos de cidadãos sem personalidade jurídica.	Toda a população	CMO

Tabela LXXI - Programas de Cultura em Oeiras

	Objetivos/ Breve Descrição	População Alvo	Organização
Turismo Sénior	Realizar visitas e passeios a locais de interesse histórico, paisagístico e cultural, abrangendo pontos de interesse no concelho de Oeiras e em várias regiões do país. Constituir uma resposta para o isolamento e solidão. Promover a participação social e pretende despertar novos interesses.	Munícipes com 60+ (um dia) e 65+ (deslocações alargadas)	CMO
Infraestruturas Culturais	Centro Cultural Palácio do Egipto; Centro de Arte Manuel de Brito; Livraria Galeria Municipal Verney; Galeria Municipal Palácio Ribamar; Jardins e Palácio do Marquês de Pombal; Museus e Coleções Visitáveis; Auditório Municipal José de Castro	Toda a população	CMO

Tabela LXXII - Programas de Educação em Oeiras

	Objetivos/ Breve Descrição	População Alvo	Organização
4 Universidades Seniores	Universidade Sénior de Oeiras; USILA (Universidade Sénior e Intergeracional de Lisboa e Algés); NOVA ATENA (Associação para a inclusão e bem-estar da pessoa sénior pela cultura e arte); USCAL (Universidade Sénior de Carnaxide, Aprendizagem e Lazer). Criar, desenvolver e dinamizar atividades culturais, educacionais, de convívio e de partilha; realizar atividades em regime não formal, sem certificação e baseadas no conceito de formação ao longo da vida; funcionar como meio de combate ao isolamento.	Munícipes com mais de 50 anos	Universidades Seniores
Bibliotecas Municipais	Contribuir para o desenvolvimento do nível da formação sociocultural dos munícipes de Oeiras, de modo a que estes acompanhem as rápidas mudanças económicas, sociais e culturais, impostas pela sociedade contemporânea e desenvolvam competências individuais que contribuam para uma maior autonomia e participação social. Disponibilizar gratuitamente um conjunto apropriado e diversificado de serviços e de atividades na área da educação, da informação, da cultura e do lazer. Existem bibliotecas municipais em Algés, Carnaxide e Oeiras.	Toda a população	CMO

Na Tabela LXXIII são descritos os cinco programas de Oeiras incluídos no setor de habitação, que apostam na requalificação, realojamento, serviço de apoio domiciliário e construção de residências de idosos.

Tabela LXXIII - Programas de Habitação em Oeiras

	Objetivos/ Breve Descrição	População Alvo	Organização
Habitar Oeiras	Dar respostas habitacionais a famílias carenciadas (rendas e preços de aquisição mais baixos); dotar os bairros sociais com equipamentos culturais, desportivos e sociais e manchas verdes, passando a designar-se por bairros municipais de habitação; criar ERPI's equipadas para prestação de cuidados diários; investir nos estabelecimentos escolares em termos de qualidade, higiene e segurança; criar habitação destinada a universitários, estudantes, professores e investigadores; reabilitar fogos nos centros históricos; incentivar a construção de edifícios inteligentes, sustentáveis e integrados em espaços verdes.	Famílias mais carenciadas, jovens, idosos, escolas, professores	CMO
Requalificação dos centros históricos, manutenção dos espaços, Reconversão das AUGI	Recuperar as áreas urbanas degradadas; elaborar instrumentos de gestão e ordenamento do território; proceder ao licenciamento de operações urbanísticas (loteamento, obras de edificação e legalização de edificações); acompanhar e coordenar as comissões de proprietários e respetivas equipas projetistas; conceber e implementar projetos de infra-estruturas, equipamentos e espaços verdes; atender os munícipes no Gabinete Técnico Local.	Toda a população	CMO
Residências de Idosos	Unidade Residencial Centro Geriátrico De Laveiras Centro Geriátrico De Porto Salvo, Oeiras E São Julião	Pessoas idosos	
Realojamento	Atribuir uma habitação pública mediante avaliação rigorosa e exaustiva da condição de carência habitacional, social e económica de cada família.	População carenciada*	CMO
Oeiras está lá!	Prestar pequenas reparações domésticas nas residências da população mais carenciada: desempenho de portas e janelas; reparação e substituição de torneiras, louças sanitárias, canalizações, estores, persianas e azulejos; pinturas; substituição de fechaduras e vidros partidos; ligação, afinação e sintonização de televisores; mudança de localização de mobiliário e objetos pesados; transporte de eletrodomésticos para reparação; limpeza de quintais...	População carenciada	CMO
Teleassistência domiciliária	Proporcionar um serviço de atendimento permanente aos munícipes que vivem sós ou passem grande parte do dia ou noite sozinhos mantendo a sua privacidade	Toda a população	CMO

AUGI - áreas urbanas de génese ilegal

* Residentes/ trabalhadores em Oeiras há ≥ 3 anos consecutivos

Prosseguimos para o setor da saúde, com nove programas apresentados na Tabela LXXIV, que investem no turismo em saúde, participação de medicamentos, projetos na área da demência, promoção da autonomia de pessoas com deficiência e suporte a entidades promotoras de saúde.

Oeiras apresentou um único programa de segurança, referido na Tabela LXXV, e, tal como Coruche, um programa no setor do trabalho ligado ao voluntariado (Tabela LXXVI)

Por último, veremos na Tabela LXXVII que em Oeiras analisámos apenas um programa de transportes relativo à acessibilidade de pessoas com mobilidade condicionada (incluído num programa do setor da saúde).

Tabela LXXIV - Programas de Saúde em Oeiras

	Objetivos/ Breve Descrição	População Alvo	Organização
Férias em Saúde	Proporcionar a 30 idosos a oportunidade de participar em atividades de cultura, lazer, convívio e formação em saúde, durante uma semana, numa unidade hoteleira do concelho.	Idosos	CMO e ACES Oeiras
Comparticipação de Medicamentos	Assegurar a participação nas despesas com medicamentos, em regime de complementaridade.	Municípios 65+*	CMO e ANF
Projeto cuidar melhor	Contribuir para a inclusão e promoção dos direitos das pessoas com demência, apoiar e valorizar os familiares e profissionais através de uma intervenção pluridisciplinar, assente nos valores da parceria, respeito pela dignidade humana e personalização da intervenção; elaborar um diagnóstico atualizado do número de pessoas com demência; sensibilizar a população para as questões relacionadas com a demência; criar gabinetes técnicos pluridisciplinares de apoio a cuidadores e familiares de pessoas com demência; formar novos quadros na área específica da demência; adaptar e desenvolver o conceito <i>Memory Café</i> .	Pessoas com demência e cuidadores	CMO Alzheimer Portugal, Fundação Montepio, FCG e ICS-Universidade Católica
Projeto Café Memória	Local de encontro destinado a pessoas com problemas de memória ou demência, bem como aos respetivos familiares e cuidadores que visa a interação, a partilha de experiências e suporte mútuo, o apoio emocional e a participação.	Pessoas com demência, prob. de memória e cuidadores	CMO Alzheimer Portugal e Sonae Sierra
Programa Oeiras Município Acessível	Proporcionar um serviço de transporte adaptado e gratuito para pessoas com mobilidade condicionada, facilitando a autonomia e o acesso a recursos comunitários (escolas, serviços de reabilitação física e socioprofissional, oportunidades culturais e de lazer).	Pessoas com mobilidade condicionada	CMO
	Projeto Praia Acessível, com o objetivo de introduzir medidas facilitadoras do acesso de pessoas com mobilidade condicionada à praia e aos banhos de mar nos meses de Julho e Agosto na praia de Santo Amaro de Oeiras.		
	Projeto Oeiras Sem Barreiras que visa a realização de obras de adaptação em habitações particulares, eliminando as barreiras arquitetónicas, conferindo maior conforto e qualidade de vida.	Famílias carenciadas que integrem pessoas com mobilidade condicionada	CMO Fundação Manuel António da Mota
	Serviço de Informação e Mediação para Pessoas com Deficiência com objetivo de proporcionar um atendimento especializado e personalizado sobre direitos, benefícios e recursos existentes na área da deficiência e reabilitação	Pessoas com necessidades especiais	CMO e INR
	Centro de Recursos de Ajudas Técnicas, com objetivo de proporcionar melhor qualidade de vida e autonomia a pessoas dependentes, cuja situação de saúde imponha o recurso a Ajudas Técnicas, através da cedência de material técnico.	Pessoas dependentes	Centro Social e Paroquial de Barcarena CMO
Eventos promotores da saúde e estilos de vida saudáveis	Semana da Saúde – Viva+; Comemoração do Dia Mundial da Alimentação; Dia Mundial do Coração; Campanha de Prevenção “Maio-Mês do Coração”	Toda a população	CMO e parceiros locais
Apoio/cooperação com diversas entidades na área da saúde	Apoiar técnica, logística e financeiramente as diversas entidades com intervenção no âmbito da promoção da saúde e redução dos fatores de risco, nomeadamente aquelas que intervêm na área da Toxicodependência, Deficiência e Cuidados Continuados; renovar equipamentos que prestam cuidados de saúde.	Toda a população	CMO
ERPIs	Assegurar cuidados de saúde, sociais, alimentação, higiene... às pessoas institucionalizadas	Pessoas Institucionalizadas	
Centro de Saúde	Prestar Cuidados de Saúde Primários	Toda a População	

*pensionistas do SNS e da ADSE, abrangidos pelo regime especial de comparticipação de medicamentos, portadores do Cartão Oeiras 65+
 FCG – Fundação Calouste Gulbenkian
 INR – Instituto Nacional para a Reabilitação
 ANF – Associação Nacional de Farmácias

Tabela LXXV - Programas de Segurança em Oeiras

	Objetivos/ Breve Descrição	População Alvo	Organização
Seniores em Segurança	Sessões informativas realizadas em instituições e coletividades com objetivo de alterar algumas condições básicas de segurança pessoal, que influenciam hábitos do quotidiano, na expectativa de prevenir atos de vandalismo, furtos, agressões e danos sobre a população idosa e seus bens, assim como evitar acidentes em casa ou na rua, resultantes de procedimentos desajustados.	População idosa	CMO, Polícia Municipal e PSP

Tabela LXXVI - Programas de Trabalho em Oeiras

	Objetivos/ Breve Descrição	População Alvo	Organização
Banco Local de Voluntariado	Promover o encontro entre a oferta e a procura de Voluntariado, realizar a mediação entre interessados em fazer trabalho voluntariado e entidades/instituições com necessidades e possibilidade para enquadrar voluntários em projetos e atividades socialmente úteis, de acordo com os seus interesses, capacidades e disponibilidade; sensibilizar as pessoas e organizações para a prática de voluntariado; divulgar projetos e oportunidades.	Entidades locais e Pessoas 18+	CMO

Tabela LXXVII - Programas de Transportes em Oeiras

Objetivos/ Breve Descrição		População Alvo	Organização
Serviço de Transporte Adaptado (Programa Oeiras município Acessível)	Serviço de transporte gratuito para munícipes com mobilidade condicionada através de viatura adaptada, que tem como objetivo facilitar uma maior mobilidade e autonomia na vivência diária, facilitando o acesso a diversos recursos comunitários, como estabelecimentos de ensino, serviços de reabilitação física e socioprofissional, oportunidades culturais e de lazer, entre outros.	Pessoas com mobilidade condicionada	CMO

7.3 - CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE ANÁLISE E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS LOCAIS DE ENVELHECIMENTO: MALPA - *MODEL FOR AGING LOCAL POLICIES ANALYSIS*

Situando as políticas de envelhecimento como uma responsabilidade posicionada ao nível da Governança Local, a sua análise envolve uma diversidade de organizações/ instituições e interventores locais. A abrangência de formuladores e implementadores de programas direcionados para o envelhecimento da população transporta uma necessidade de se produzir *guidelines* capazes de avaliar e guiar as políticas locais. Urgem estratégias que facilitem a orientação e avaliação das medidas e recursos criados, no sentido de se corrigirem as más práticas e de se promoverem as boas.

Ora, se por um lado a literatura apresenta uma multiplicidade de propostas passíveis de orientar as políticas, como o “envelhecimento ativo”, por outro lado persistem lacunas na compreensão, consenso e aplicação dos paradigmas, bem como em relação aos métodos de avaliação e análise. Estas questões assumem relevância por se constatar que a tendência para avaliação das políticas tem vindo a ser fortalecida, permitindo identificar critérios de priorização na adequação dos recursos que as organizações/ instituições/ comunidades colocam ao dispor da população.

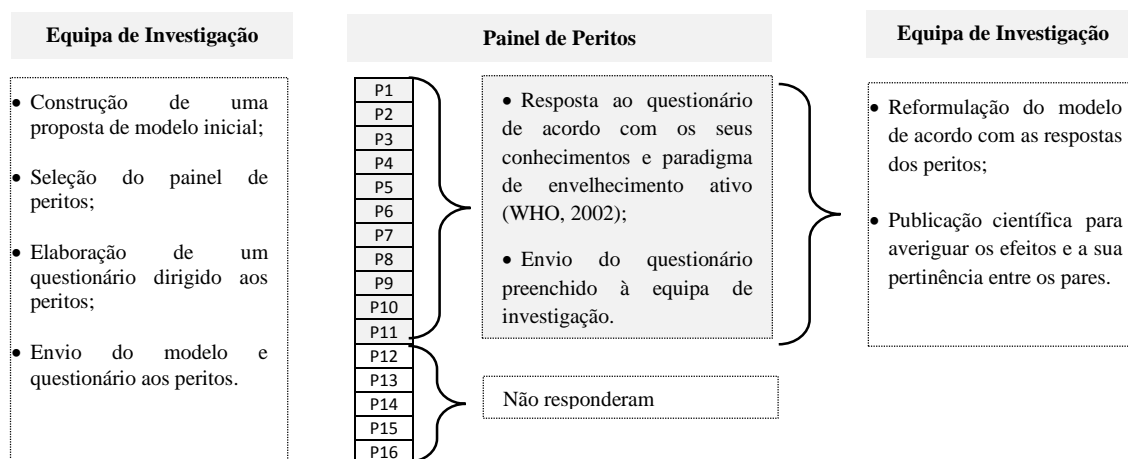
Selecionando-se como perspetiva o paradigma de “envelhecimento ativo” proposto pela OMS, sabe-se que este não alcançou ainda uma posição de destaque nas agendas políticas. Na maioria dos países europeus, o compromisso dos responsáveis políticos é mais de retórica do que o valor prático e os recursos de governança dedicada ao desenvolvimento de políticas de “envelhecimento ativo” são modestos (UNESCO, 2006). Pode especular-se como explicação o fato de que o que parece claro para os investigadores teóricos ser, muitas vezes, impercetível para os decisores políticos e interventores locais, sendo difícil de tornar o paradigma prático e viável. Boudiny (2012) já havia dito, também, que a conversão do “envelhecimento ativo” num conceito dinâmico, criando um clima facilitador para diferentes subgrupos dentro da sociedade, incluindo os frágeis e dependentes, é um desafio constante. Torna-se importante criar métodos para avaliar e orientar as políticas públicas, ou seja, técnicas úteis para ajudar os decisores políticos a melhorar as suas estratégias locais de envelhecimento de acordo com as diretrizes supranacionais. No entanto, não encontramos na literatura instrumentos capazes de padronizar a análise e avaliação de programas, dificultando a compreensão da qualidade de políticas de envelhecimento.

A criação do instrumento de análise e avaliação que designámos MALPA (*Model for Aging Local Policies Analysis*) evitou que a subjetividade dos investigadores viesse a prevalecer na análise das políticas e programas de envelhecimento. Trata de um guia de apoio à análise, avaliação e criação de novas políticas, orientador e capaz de ser aplicado por investigadores, *policy makers* e interventores locais, sob uma visão multidisciplinar que incorpora: *i*) recomendações supranacionais, *ii*) estratégias para a formulação de políticas por parte das organizações, *iii*) resultados dos estudos de políticas de envelhecimento existentes, e *iv*) as visões da população idosa.

Esta proposta coloca-se ainda na perspetiva de contribuir para a reflexão no campo de análise das políticas dirigidas ao envelhecimento da população, a partir da perspetiva de “envelhecimento ativo”. O MALPA pode, assim, facilitar a aplicação da lógica do conceito nas estruturas de governança local, identificando pontos fortes e fraquezas dos programas e recursos implementados ou em vias de implementação.

Na pretensão de dotar o MALPA de um padrão científico capaz de ser conhecido e utilizado pelos pares, bem como para minimizar a subjetividade do conteúdo que, eventualmente, pudesse ser imposta pelos investigadores, o modelo foi validado quanto ao conteúdo e construção com recurso à técnica Delphi, conforme o esquema metodológico (Figura 18).

Figura 18 - Esquema metodológico da construção do MALPA



A seleção desta técnica teve por base o objetivo de obter um consenso entre um grupo de peritos da área do envelhecimento, por se considerar uma prática participativa que incorpora a visão de vários peritos e objetiva o consenso. O instrumento foi, então, submetido a apreciação por

parte de um grupo de *experts* multidisciplinar, permitindo verificar a relevância e clareza dos itens.

Procurando-se respeitar as características do método selecionado: anonimato, feedback controlado, análise estatística das respostas e interação através de rondas, o plano metodológico implicou: *i*) a construção de uma proposta de modelo inicial, *ii*) a seleção do painel de peritos, *iii*) uma interação com os peritos através da construção e envio de um questionário, *iv*) a definição das condições de consenso, *v*) o tratamento de dados das respostas dos peritos e *vi*) reformulação do modelo. Uma vez que a primeira ronda implicou logo o envio do primeiro *draft* do modelo e a reformulação do mesmo procedeu à eliminação dos itens que não obtiveram consenso, foi apenas realizada uma única ronda.

Construção de uma Proposta de Modelo Inicial

Embora o método DELPHI seja caracterizado pela interação dos peritos através da realização de várias rondas (Gnatzy *et al.*, 2011), sendo que a primeira é utilizada para a construção do instrumento e as seguintes para obter um consenso dos itens (Gratch, 2012), optou-se pela construção prévia de uma proposta de modelo inicial, que foi submetida a apreciação por parte dos peritos no primeiro contacto (ANEXO VII). Ainda que esta opção pudesse condicionar as respostas do painel de peritos, considerámos tratar-se do procedimento mais adequado aos objetivos, permitindo chegar rapidamente ao consenso e ao modelo final.

A construção do modelo atendeu a premissas do “envelhecimento ativo” para incorporar *i*) categorias capazes de incluir os diferentes programas passíveis de produzir localmente, *ii*) dimensões e *iii*) indicadores de análise, selecionados de acordo com a força científica da evidência do paradigma multidisciplinar, bem como *iv*) um sistema de classificação dos programas em análise. Embora os documentos normativos relativos às políticas de envelhecimento apelem à criação de medidas transversais e encaradas de forma global, a sectorização dos programas facilita a aplicação do modelo.

Atendendo à discussão crescente sobre a necessidade de se criar uma variedade de programas capazes de responder às diversas necessidades e expectativas das pessoas mais velhas, envolvendo os diferentes setores de intervenção pública, partindo dos determinantes de “envelhecimento ativo” e das áreas constituintes das cidades amigas das pessoas idosas, a primeira proposta de modelo incluiu as seguintes categorias: *Ação Social, Ambiente, Saúde,*

Trabalho (referidos em ambos os documentos), *Cultura* (inerente nos dois), *Habitação*, *Transportes* (duas áreas dos ambientes amigos das pessoas idosas que são contemplados no determinantes do “envelhecimento ativo”: ambiente físico), *Atividade Física* (relacionada com os determinantes comportamentais do “envelhecimento ativo” e com a área das cidades amigas das pessoas idosas: participação social) e *Segurança* (considerando a necessidade de criar recursos capazes de proteger os grupos mais frágeis e vulneráveis, tal como referem Santos *et al.* (2013), garantindo todas as formas de segurança: física, psicológica e económica).

As dimensões e indicadores de análise e avaliação foram selecionadas a partir da utilização de critérios correspondentes aos principais componentes e características das políticas e programas de “envelhecimento ativo”. Começou por se considerar os *Pilares do Envelhecimento Ativo* como dimensão, constituída pelos indicadores: *Saúde*, *Participação* e *Segurança*.

Na tentativa de se avaliar se os programas se distanciam ou aproximam das práticas de *ageism*, propôs-se como segunda dimensão: *Característica Social*, através dos indicadores: *Inclusivo*, *Segregacionista* e *Intergeracional*.

A terceira dimensão, *Governança Colaborativa*, foi identificada como uma dimensão promissora na formulação e implementação de políticas de envelhecimento, englobando os indicadores de acordo com as possibilidades de se criarem parcerias geradoras de um equilíbrio entre as instituições/ organizações: *i) entre o Estado e o Governo Local*, *ii) entre o Governo Local e o Terceiro Setor* e/ou *iii) entre o Setor Público e o Setor Privado*. Esta dimensão foi escolhida a partir do reconhecimento de que, devido aos desafios demográficos, o Estado torna-se incapaz de responder a todas as necessidades da população e parte da provisão de bem-estar é delegada da sociedade civil. As políticas de envelhecimento tornam-se, portanto, parte da responsabilidade dos organismos públicos e privados envolvendo múltiplos atores, num nível de governança.

A quarta dimensão foi denominada *Processo de Formulação de Políticas* e propõe-se que seja avaliada através de três indicadores: *i) contempla, consulta ou considera / não contempla, consulta ou considera a opinião dos idosos*, na criação, implementação e avaliação dos programas. Esta escolha assentou na literatura de que embora as políticas de envelhecimento devam ter em conta as visões dos interessados / beneficiários na determinação de prioridades, estabelecendo mecanismos de consulta dos mais velhos e dos seus representantes, estes são rotineiramente ignorados e não lhes é perguntada a pertinência e utilidade dos serviços; *ii) inclusão/exclusão de idosos com problemas de saúde ou mobilidade*, com a finalidade de

perceber se as políticas abrangem os idosos mais vulneráveis, frágeis e/ou dependentes. Considera-se que este indicador é fundamental perante um discurso sobre o “envelhecimento ativo” que, embora intencionalmente, exclui os idosos mais vulneráveis, sugerindo que é inatingível para os frágeis e dependentes, havendo uma necessidade de se desenvolverem estratégias abrangentes que incluam os mais vulneráveis e menos ativos; *iii) top-down ou bottom-up*, considerando a discussão sobre processos de governança, que podem diferir entre *i)* abordagens *top-down* focadas na liderança da autoridade local e no papel das *guidelines* pré-determinadas; e *ii)* abordagens *bottom-up* concentradas em facilitar a participação dos idosos, cultivando a sua capacidade de melhorar a vizinhança e comunidade.

A última dimensão consistiu na *Inovação*, procurando perceber se os programas são ou não inovadores. Ergueu-se da constatação de que, no exemplo de Portugal (Bárrios & Fernandes, 2014), as políticas de envelhecimento, na generalidade, serem incipientes, inflexíveis, estigmatizantes e inadequadas na resposta às necessidades, exigindo inovação.

Para classificar os programas, reconhecer as práticas positivas e negativas em relação à proximidade ou distanciamento da estratégia de “envelhecimento ativo”, definiram-se duas referências qualitativas: (+) significando um ponto positivo e (-) significando um ponto negativo.

Painel de Peritos

Foram diretamente contactados por *email* 16 peritos, sendo-lhes explicado o objetivo do estudo, bem como a importância da sua participação, apelando à sua colaboração, tendo obtido 11 respostas. Os peritos foram selecionados mediante os critérios: o nome reconhecido; ser membro de uma Universidade, Centro de Investigação ou Organização; e trabalhar com políticas públicas e envelhecimento.

O painel de peritos foi, então, constituído por uma equipa multidisciplinar de 11 investigadores e especialistas portugueses na temática do envelhecimento, com diferentes especializações (Gestão, Economia, Políticas Públicas, Sociologia, Serviço Social, Psicologia, Arquitetura, Urbanismo, Atividade Física, Terapia Ocupacional, Medicina e Fisioterapia) e diferentes áreas de trabalho que a temática exige (trabalho, segurança social, recursos financeiros, políticas públicas de envelhecimento, serviços sociais, aspetos psicológicos do envelhecimento,

percepções de envelhecimento, governança local, planeamento urbano, transportes, segurança, habitação, atividade física, cultura, educação e saúde).

Construção do Questionário e Interação com os Peritos²⁴⁴

Foi construído um questionário dirigido aos peritos (Anexo VIII), focado na relevância das categorias, dimensões, indicadores de análise e itens de classificação positivos (+) e negativos (-) definidos para cada indicador, bem como na qualidade científica da terminologia usada. A cada categoria/ dimensão/ indicador/ item de classificação foi então aplicada uma escala relativa à concordância, de 1 a 5 valores dispostos por ordem crescente conforme a Tabela LXXVIII.

Tabela LXXVIII - Escala aplicada a cada categoria/ dimensão/ indicador/ item de classificação (construção do MALPA)

Discordo totalmente 1	Discordo 2	Nem concordo nem discordo 3	Concordo 4	Concordo totalmente 5
--------------------------	---------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

O questionário incluiu ainda a possibilidade de sugerir uma nova redação das categorias, dimensões, indicadores e sistema de classificação, assim como a inclusão de novos itens que considerassem importantes e acreditssem não estar representados no instrumento.

Para facilitar e agilizar o processo de feedback (Gnatzy *et al.*, 2011) optou-se pela aplicação do método *online*. A primeira versão do instrumento e o questionário foram enviados por *email* para cada expert, individualmente, garantindo o seu anonimato. Desta forma, assegurou-se a ausência de pressão socio-psicológica do painel, evitou-se o abandono de opiniões e proporcionámos um maior conforto aos participantes (Gracht, 2012). No mesmo *email*, os peritos receberam informações indispensáveis à compreensão e preenchimento do questionário, devendo responder de acordo com os seus conhecimentos e o documento de “envelhecimento ativo” da OMS (WHO, 2002), igualmente enviado. Foi estabelecida uma data de devolução do questionário preenchido, por *email*.

Definição de Consenso

De acordo com Gracht (2012), a medição do consenso deve ser considerada um componente valioso de análise e interpretação dos dados na pesquisa Delphi. Contudo, trata-se de um dos componentes mais controversos do método Delphi e a medição foi antecipadamente definida.

²⁴⁴ Este procedimento desenvolveu-se até 17 de Dezembro de 2014.

Considerou-se que a concordância corresponderia a valores superiores a três na escala aplicada e que o consenso em relação a cada item seria atingido se se obtivesse a concordância de mais de 80% dos peritos. Por outras palavras, 80% dos peritos teria de classificar a categoria/ dimensão/ indicador/ sistema de classificação com quatro ou cinco para que fosse aceite. Caso contrário, seria rejeitado.

Tratamento Estatístico

O tratamento dos dados foi efetuado com recurso a estatística descritiva. Assim que o questionário foi recebido²⁴⁵ realizou-se uma análise dos resultados para determinar um grau de consenso entre os peritos. Foram construídas tabelas de percentagens para o conjunto de categorias, dimensões, indicadores e sistema de classificação. As sugestões efetuadas pelos peritos foram igualmente sistematizadas em tabelas, dando ou não origem a transformações no modelo proposto.

O Contributo dos Peritos e a Reformulação do Modelo

Os resultados em relação às categorias propostas mostraram uma concordância de 100% dos peritos para a *saúde, ação social, cultura, transportes, habitação e segurança* e 90,9% para a *atividade física, ambiente e trabalho*. Assim, todas elas obtiveram o nível de consenso estabelecido (concordância superior a 80%) sendo, por isso, mantidas (Tabela LXXIX).

Tabela LXXIX - Resultados para as Categorias (construção do MALPA)

Categorias	Peritos											% 4 ou 5
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	
Saúde	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100%
Atividade Física	5	5	5	5	4	5	5	5	3	5	5	90,9%
Ambiente	5	5	5	5	4	5	3	5	4	5	5	90,9%
Ação Social	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	100%
Cultura	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	100%
Transportes	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	100%
Habitação	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	100%
Trabalho	5	5	4	5	4	5	5	5	3	5	5	90,9%
Segurança	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	100%

Analizadas as sugestões dos peritos foram ainda efetuadas algumas alterações, destacando-se a introdução da categoria Educação (Tabela LXXX). De facto, entre os determinantes do “envelhecimento ativo”, a educação tem uma importância crucial, não só porque é a chave para

²⁴⁵ Este processo terminou a 13 de Fevereiro de 2015.

a ocupação, mas também porque a escolaridade e a educação ao longo da vida influenciam a saúde e os repertórios comportamentais. Esta categoria pode incluir oportunidades educacionais para adultos, através de políticas como as universidades seniores e a promoção de aprendizagens e oportunidades educacionais na idade adulta e na velhice (Fernández-Ballesteros *et al.*, 2012).

Tabela LXXX - Sugestões e Alterações ao nível das Categorias (construção do MALPA)

Sugestões dos Peritos	Alterações / Justificações
Clarificar o conteúdo de cada categoria, de modo a facilitar e a garantir maior precisão no preenchimento do modelo (possíveis profissionais que possam vir a preencher este modelo de avaliação podem não estar tão familiarizados com o documento da OMS sobre envelhecimento ativo);	As categorias foram clarificadas nas instruções do modelo, onde são identificadas e explicadas “sub-categorias” de programas que se podem incluir em cada categoria.
Subcategorizar a <i>Saúde</i> em Programas Promotores e em Programas de Acessibilidade, Cuidados ou Serviços.	
Incluir uma categoria relativa à Família e/ou Redes Sociais	Os programas direcionados para a proteção da família podem enquadrar-se na categoria de <i>Ação Social</i> . Aceitando que podem constituir-se como programas específicos, foi clarificado nas instruções do modelo que se incluem na ação social os programas diretamente relacionados com a família.
Acrescentar a categoria Educação	Foi acrescentada a categoria <i>Educação</i> , considerando a sua pertinência pela especificidade de alguns programas (ex.: projetos de alfabetização dos mais velhos ou medidas de sensibilização da população escolar para as questões da inclusão).
Adicionar uma categoria relacionada com o Voluntariado	Foi clarificado que os programas de voluntariado são incluídos na categoria <i>Trabalho</i> (que pode, então, ser remunerado ou não-remunerado). No caso dos programas de formação em termos de voluntariado, foi igualmente referido nas instruções que podem ser incluídos na categoria Educação.
Acrescentar a categoria Info-inclusão/ Tecnologia	Consideramos que os programas desta natureza se podem incluir na categoria Educação sendo, portanto, referido nas instruções.

Todas as dimensões apresentadas na primeira proposta de modelo obtiveram uma percentagem de concordância entre os peritos superior a 80% e, portanto, um consenso (Tabela LXXXI). No entanto, após análise das sugestões dos peritos foram efetuadas duas modificações (Tabela LXXXII). A primeira foi a eliminação da dimensão *inovação*, uma vez que os *experts* questionaram o significado e o contexto em que se aplica, tendo a equipa de investigação considerado a sua avaliação de difícil aplicação. A segunda alteração consistiu na inclusão da dimensão *avaliação* para analisar a eficácia das políticas, verificando se os objetivos propostos foram alcançados nos seus resultados. Na verdade, considerou-se que a avaliação do sucesso ou fracasso de uma política passa por considerar se os objetivos foram ou não alcançados. Introduzimos, assim, a análise da eficácia das políticas comparando os objetivos traçados e os resultados alcançados, percebendo se os objetivos foram bem definidos e se há registro dos resultados.

Tabela LXXXI - Resultados para as Dimensões (construção do MALPA)

Dimensões	Peritos											% 4 ou 5
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	
Pilares do Envelhecimento Ativo	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	100%
Característica Social	5	5	5	5	4	5	3	5	5	5	5	90,9%
Governança Colaborativa	5	5	5	5	3	5	4	5	5	5	5	90,9%
Processo de Formulação de Políticas	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	90,9%
Inovação	4	5	3	5	4	5	4	5	3	5	5	81,8%

Tabela LXXXII - Sugestões e Alterações ao nível das Dimensões (construção do MALPA)

Sugestões dos Peritos	Alteração / Justificações da Não - Alteração
Reformular a dimensão <i>processo de formulação de políticas</i> por se entender que “enviesará as respostas, dado que não é aceitável, para quem responde, afirmar (ainda que pratique) que trabalha autocraticamente.”	Considerou-se que se trata de uma expressão adequada e correspondente à tradução de <i>Policy Making Process</i> , a dimensão que se pretende avaliar/analisar.
Questiona-se se a análise da <i>Inovação</i> é feita no contexto local, nacional ou internacional, se a aplicação de um programa experimentado noutros países pode ser ou não considerado inovador quando aplicado a primeira vez em Portugal e se a aplicação de uma medida já implementada noutra(s) autarquia(s) é ou não considerada inovadora quando aplicada pela primeira vez num determinado Município.	A dimensão <i>Inovação</i> foi excluída do modelo.
Considerar a opinião do respondente sobre o porquê de considerar inovador ou não.	
Acrescentar a dimensão <i>Avaliação</i> (se o próprio programa avalia/executa os objetivos a que se propõe no âmbito da promoção do <i>envelhecimento ativo</i> e como tal avaliação se processa)	Foi acrescentada a dimensão <i>Avaliação</i> tal como sugerido.
Conhecer a dimensão do programa, isto é, pessoas abrangidas, valores monetários envolvidos, objetivos e pessoas a que se destina.	Considera-se que se trata de informações que o investigador/ <i>policy maker</i> deve conhecer, no sentido de proceder à aplicação do modelo, mas que não requerem a sua introdução no instrumento.
Introduzir uma dimensão de análise denominada Prevenção	Considera-se que o facto dos programas se constituírem Preventivos ou Corretivos não influencia a sua avaliação do ponto de vista pretendido, sendo igualmente importantes.

Na Tabela LXXXIII verificamos que concerne ao indicador *segregacionista* da dimensão *característica social*, obteve apenas 72,7% de concordância entre os peritos, tendo ficado aquém do consenso e sendo, portanto, eliminado do modelo. Igual procedimento sofreram os indicadores: *top-down* e *bottom-up* da dimensão *processo de formulação de políticas* e os indicadores: *inovador* e *não inovador* da dimensão *Inovação*, por apresentarem os mesmos valores. Os restantes indicadores conquistaram um consenso e permaneceram no modelo.

As sugestões registadas deram ainda origem a procedimentos de clarificação do modelo, conforme expostas na Tabela LXXXIV. Aceitando a sugestão de um *expert*, nos indicadores: inclui/exclui idosos com problemas de saúde ou mobilidade, a mobilidade foi substituída por funcionalidade. A funcionalidade inclui todas as funções do corpo (anatômicas e psicológicas), atividades (relacionadas com a realização de tarefas) e participação (inerente ao envolvimento das pessoas nas situações da vida). Portanto, desordens funcionais não se referem apenas à mobilidade física, mas dizem respeito a vários domínios das atividades da vida diária: quedas,

locomoção, autonomia física e instrumental, estado cognitivo e social, entre outros (Fontes, Botelho & Fernandes, 2014).

Tabela LXXXIII - Resultados para os Indicadores (construção do MALPA)

Dimensões de Análise		Indicadores de Análise	Peritos											% 4 ou 5
			P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	
Pilares do Envelhecimento Ativo	Saúde	Promove	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	100%
		Não Promove	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	100%
	Participação	Promove	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	100%
		Não Promove	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	100%
	Segurança	Promove	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	90,9%
		Não Promove	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	90,9%
Característica Social	Inclusivo		5	5	5	5	4	5	3	5	5	5	5	90,9%
	Intergeracional		5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	100%
	Segregacionista		5	5	2	5	3	5	3	5	4	5	5	72,7%
Governança Colaborativa	Estado e Governo Local, Governo Local. e 3º Setor Setor Público e Privado	Existe	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	100%
		Não existe	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	100%
Processo de Formulação de Políticas	Contempla, consulta ou considera a opinião dos idosos		5	5	5	5	2	5	5	5	4	5	5	90,9%
	Não contempla, consulta os idosos ou considera a opinião dos idosos		5	5	5	5	2	5	5	5	4	5	5	90,9%
	Inclui idosos com problemas de saúde ou mobilidade		5	5	2	5	4	5	5	5	4	5	5	90,9%
	Exclui idosos com problemas de saúde ou mobilidade		5	5	2	5	4	5	5	5	4	5	5	90,9%
	Top-Down		5	5	3	5	3	5	4	5	3	4	5	72,7%
	Bottom-Up		5	5	3	5	3	5	4	5	3	4	5	72,7%
Inovação	É inovador		5	5	3	5	4	5	3	5	3	5	5	72,7%
	Não é inovador		5	5	3	5	4	5	3	5	3	5	5	72,7%

Tabela LXXXIV-Sugestões e alterações efetuadas aos Indicadores (construção do MALPA)

Sugestões dos Peritos	Alteração / Justificações da Não - Alteração
Clarificar o que se entende por participação e segurança, pensando sempre que as pessoas podem não ser conhecedoras do documento da OMS ou, em rigor, não terem o cuidado de o ler.	Foram clarificados os pilares do envelhecimento ativo nas instruções do modelo.
Não se considerar a possibilidade segregacionista, “pois não é expectável a criação ou a aprovação de políticas com essa caraterística”.	O indicador <i>Segregacionista</i> foi eliminado por falta de consenso entre os experts. No entanto, fará parte da avaliação dos indicadores <i>Inclusivo</i> e <i>Intergeracional</i> , tendo sido clarificado o seu sentido nas instruções do modelo.
Descrever melhor o indicador <i>contempla, consulta ou considera a opinião dos idosos</i> , questionado o seu entendimento, bem como o momento da consulta: “consulta após a formulação das políticas ou a formulação das políticas é feita em conjunto com a população idosa?”	O indicador foi clarificado na nova formulação.
Substituir o indicador <i>inclui/exclui idosos com problemas de saúde ou mobilidade</i> por “ <i>inclui/exclui idosos com problemas de saúde ou funcionalidade</i> ,” por ser mais abrangente e incluir outras deficiências comuns como a visão, audição, défice cognitivo ligeiro.	Foi feita a alteração e a clarificação nas instruções.
Não se atingiu consenso em relação aos indicadores <i>Top-Down</i> e <i>Bottom-Up</i>	Os indicadores: <i>Top-Down</i> e <i>Bottom-Up</i> foram eliminados por falta de consenso entre os experts.
Definir o que é inovador ou não. Clarificar o que se entende por programa inovador, “sob pena das respostas serem de entendimento bastante subjetivo, considerando inovadores programas que em rigor não o são ou vice-versa”.	Os indicadores: <i>inovador</i> e <i>não inovador</i> foram eliminados por falta de consenso entre os experts.

Relativamente ao sistema de classificação sugerido, embora estatisticamente apenas os indicadores *top-down* (+) e *bottom-up* (-) não tenham conquistado um consenso, inovador (+) / não inovador (-) e segregacionista (-) já tinham sido removidos (Tabela LXXXV).

A consideração das sugestões dos *experts* em relação à necessidade de mais opções de avaliação levou a uma alteração do processo (Tabela LXXXVI). A classificação foi modificada para uma escala de valor em que a cada indicador foi atribuído um conjunto de 5 opções de resposta, de escolha múltipla, dispostas por ordem crescente de valor. As opções foram elaboradas para que à resposta que mais está de acordo com o paradigma de “envelhecimento ativo” correspondesse o valor mais alto (5). Por sua vez, à resposta mais afastada do conceito corresponde o valor mais baixo (1). É permitido apenas a escolha de uma resposta entre as várias opções. Nas situações em que o programa não se aplica ao indicador pode seleccionar-se a opção n/a (não aplicável).

Tabela LXXXV - Resultados para o sistema de classificação (+) e (-) (construção do MALPA)

Dimensões de Análise		Peritos											% 4 ou 5	
Indicadores de Análise		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11		
Pilares do Envelhecimento Ativo	Saúde	Promove (+)	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	4	100%
		Não Promove (-)	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	4	100%
	Participação	Promove (+)	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	4	100%
		Não Promove (-)	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	4	100%
	Segurança	Promove (+)	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	4	100%
		Não Promove (-)	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	4	100%
Características Sociais	Inclusivo (+)	5	5	5	5	3	5	5	4	4	5	5	90,9%	
	Intergeracional (+)	5	5	5	5	3	5	5	4	4	5	5	90,9%	
	Segregacionista (-)	5	5	2	5	3	5	5	4	4	5	5	81,8%	
Governança Colaborativa	Estado e Governo Local, Governo L. e 3º Setor	Existe (+)	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	100%	
	Setor Público e Privado		5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	100%	
Processo de Formulação de Políticas	Contempla, consulta ou considera a opinião dos idosos (+)	5	5	5	5	3	5	5	4	4	5	5	90,9%	
	Não contempla, consulta os idosos ou considera a opinião dos idosos (-)	5	5	5	5	3	5	5	4	4	5	5	90,0%	
	Inclui idosos com problemas de saúde ou mobilidade (+)	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	100%	
	Exclui idosos com problemas de saúde ou mobilidade (-)	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	100%	
	Top-Down (-)	5	5	3	5	3	5	1	4	3	5	5	63,6%	
	Bottom-Up (+)	5	5	3	5	3	5	1	4	4	5	5	72,7%	
Inovação	É inovador (+)	5	5	3	5	4	5	2	4	4	5	4	81,8%	
	Não é inovador (-)	5	5	3	5	4	5	2	4	4	5	4	81,8%	

Tabela LXXXVI - Sugestões e Alterações ao nível do sistema de classificação (+) e (-) (construção do MALPA)

Sugestões dos Peritos	Alteração / Justificações da Não – Alteração
Optar por uma escala por pontos, p.e. de 1 a 5, que funcionaria melhor.	
Proporcionar mais possibilidades de avaliação, por poder haver programas que incluam pessoas, mas não na totalidade ou até pode haver 2 programas que contemplem as opiniões dos idosos, mas um ser mais eficaz nesse processo do que outro.	
Incluir as opções ++ e +.	Alterou-se a classificação (+) e (-) para de 1 a 5, proporcionando uma maior diversidade de opções.
Em algumas dimensões, como os <i>pilares de envelhecimento</i> ativo, sugere-se a necessidade de colocar “promove parcialmente (+/-)”, p.e. promove saúde mental e não física. Apesar da intenção poder ser promover p.e. a saúde física, o programa pode não estar a conseguir integralmente o objetivo.	Inclui ainda a possibilidade de colocar n/a (não aplicável) quando o indicador não se aplicar a determinado programa.
Também na dimensão <i>inovador/não inovador</i> se sugere considerar uma possibilidade intermédia, ou seja, “parcialmente inovador”, justificando que um programa pode ser igual a tantos outros mas integrar uma componente de inovação, não sendo nem totalmente inovador, nem somente uma réplica dos já existentes.	

Definição de cálculo de scores

O novo regime de classificação requer a definição de um sistema de cálculo dos resultados obtidos nas escalas de valor de cada indicador, que permita a interpretação, análise e avaliação dos programas, em particular, ou das políticas de envelhecimento, em geral. Nesta modelização pode avaliar-se cada programa individualmente, através do cálculo do *programme score*, verificando se o programa em análise se encontra próximo ou distante das diretrizes do “envelhecimento ativo”. A partir deste resultado podem identificar-se as boas práticas e as que exigem reformulação ou adequação. Para o caso de se estar a priorizar as intervenções, a prioridade de intervenção poderá residir nos programas que obtiverem um valor mais baixo.

$$\text{programme score} = \frac{\text{Somatório de todas as classificações do programa}}{\text{Número de indicadores preenchidos (não contabilizando as respostas n/a)}}$$

Por outro lado, pode avaliar-se um conjunto de programas de envelhecimento, tirando relações sobre as políticas numa instituição, organização ou governança local de uma ou mais comunidades. Uma das formas de o fazer trata da avaliação/ análise de cada sector de intervenção, através do *category score*, percebendo-se se as políticas de determinada categoria se adequam ou se desviam da estratégia de “envelhecimento ativo”.

$$\text{category score} = \frac{\text{somatório dos } \textit{programme score} \text{ da categoria}}{\text{número de programas da categoria}}$$

Outra opção de análise das políticas de envelhecimento em geral consiste no cálculo do *indicator score* e/ou *dimension score*, no sentido de se averiguar em que indicadores e/ou dimensões as políticas se afastam e se aproximam da estratégia de “envelhecimento ativo”.

$$\text{indicator score} = \frac{\text{Somatório de todas as classificações obtidas para o indicador}}{\text{Número de programas analisados no indicador (não contabilizando as respostas n/a)}}$$

$$\text{dimension score} = \frac{\text{Somatório dos } \textit{indicator score} \text{ dos indicadores da dimensão}}{\text{Número de indicadores da dimensão}}$$

Por último, para uma análise mais global das políticas locais de envelhecimento de uma ou mais instituições/organizações/comunidades, pode calcular-se o *total score* no sentido de verificar se, no seu conjunto, se aproximam ou distanciam do paradigma selecionado. Este *score* viabiliza ainda a comparação entre diferentes comunidades, podendo estimular a partilha das práticas com valores mais altos.

$$total\ score = \frac{\text{Somatório de todos os } programme\ score}{\text{Número de programas analisados}}$$

A interpretação de cada *score* pode ser efetuada de acordo com a Tabela LXXXVII.

Tabela LXXXVII - Interpretação de cada score (construção do MALPA)

score = 1	Antítese do <i>envelhecimento ativo</i>
score = 2	Não se adequa ao <i>envelhecimento ativo</i>
score = 3	Exige adequação ao <i>envelhecimento ativo</i>
score = 4	Próximo do <i>envelhecimento ativo</i>
score = 5	Totalmente de acordo com o <i>envelhecimento ativo</i>

O instrumento final foi denominado: *Model for Aging Local Policies Analysis* (MALPA) e foram criadas instruções para a sua aplicação, seguidamente apresentadas.

Modelo de Análise de Políticas Locais de Envelhecimento de acordo com a Perspetiva de *Envelhecimento Ativo*

Categoria / Setor de Intervenção	Programas	Pilares do Envelhecimento Ativo			Característica Social		Governança Colaborativa	Processo de Formulação de Políticas		Avaliação	Programme score	Category score
		Saúde	Participação	Segurança	Inclusivo	Intergeracional	Estado e Governo Local, Governo Local e 3º Setor Público e Privado	Consulta aos Beneficiários	Problemas de Saúde ou Funcionalidade	Atinge os Objetivos		
Ação Social	p1											
	p2											
	p...											
Ambiente												
Atividade Física												
Cultura												
Educação												
Habitação												
Saúde												
Segurança												
Trabalho												
Transportes												
indicator score											total score	
dimension score												

INSTRUÇÕES PARA APLICAÇÃO DO MODELO

1. Introduza o programa a analisar numa das categorias, consoante a maior percentagem de área de intervenção

Na categoria *Ação Social* incluem-se os programas direcionados para encorajar a participação, que promovam o envolvimento das pessoas nas atividades recreativas, de socialização, culturais, políticas, educativas e espirituais. Trata da variedade de oportunidades e eventos da comunidade, bem como dos programas diretamente relacionados com a família.

Na categoria *Ambiente* incluem-se os programas relacionados com o ambiente exterior (bairro, freguesia...) e os edifícios públicos, que exercem um impacto fundamental sobre a mobilidade, a independência e a qualidade de vida dos idosos, afetando a sua possibilidade de “envelhecer em casa”. Trata de políticas de acessibilidade, higiene, manutenção dos espaços públicos, lugares de descanso, passeios, travessias, ciclovias e percursos pedonais, bem como estratégias que atenuem as dificuldades devidas a condições climáticas, entre outras.

Na categoria *Atividade Física* incluem-se os programas que facilitam a prática de exercício físico, quer sejam estruturados e controlados por profissionais, quer se tratem de medidas que fomentam a realização de atividade física autonomamente.

Na categoria *Cultura* incluem-se os programas que promovem ou permitem a manutenção de atividades culturais, de todas as formas possíveis. Trata-se de iniciativas relacionadas com o cinema, teatro, leitura, práticas tradicionais, recapitulações históricas, entre outras.

Na categoria *Educação* incluem-se os programas de sensibilização, formação e informação das populações e do meio escolar, atividades ocupacionais, de alfabetização, info-inclusão, tecnologias etc., bem como os planos de formação relacionados com o voluntariado.

Na categoria *Habitação* incluem-se os programas que dizem respeito à acessibilidade da habitação, condições de habitabilidade, serviços básicos (eletricidade, canalização, saneamento...), higiene, manutenção e modificações necessárias, acesso a serviços, entre outros, que influenciam o processo de envelhecimento em casa.

Na categoria *Saúde* incluem-se os programas que promovem a saúde (física, mental e social), quer sob a forma de prevenção da doença, quer corretivos ou de tratamento de problemas e patologias, que facilitem a gestão de doenças crónicas de forma autónoma. Trata igualmente da diversidade de serviços ao dispor da população, cuidados ao domicílio, plano de cuidados de emergência, estimulação de estilos de vida saudáveis, etc.

Na categoria *Segurança* incluem-se os programas relacionados com *i*) a segurança física (através de medidas de carácter ambiental que reduzem o risco de catástrofes ambientais, iluminação dos espaços públicos, policiamento de ruas e habitações...), *ii*) a segurança psicológica ou emocional (através de medidas que preservam a competência social, emocional ou cognitiva) e *si*) a segurança económica (através de medidas que protegem as pertenças legais e programas que se adequem às diferenças económicas da população).

Na categoria *Trabalho* incluem-se os programas que incentivem a participação cívica. Trata de medidas que permitem aos mais velhos continuar no mercado de trabalho, estimulam o exercício de uma atividade quer seja remunerada quer seja sob o regime de voluntariado, criam oportunidades de emprego, formação, criação de empresas, etc.

Na categoria *Transportes* incluem-se os programas relacionados com a acessibilidade física e económica dos serviços de transportes, a disponibilidade e frequência dos serviços, a segurança, o conforto e o interesse dos destinos, bem como as características das paragens e estações, a sensibilização dos motoristas e a qualidade da condução, etc.

2. Na coluna *programa* coloque o nome/acrónimo do programa

3. Nos pontos seguintes é permitido apenas a escolha de uma resposta entre as várias opções. Nas situações em que o programa não se aplica ao indicador pode selecionar a opção n/a (não aplicável).

3.1. Na dimensão *Pilares do Envelhecimento Ativo*:

Na coluna *Saúde* avalie o programa quanto à promoção da saúde²⁴⁶:

n/a	1	2	3	4	5
Não aplicável	Prejudica a saúde	Não promove saúde	Promove apenas uma das formas de saúde: física, mental ou social	Promove duas das formas de saúde: física, mental e/ou social	Promove a saúde física, mental e social numa perspectiva holística de bem-estar

Na coluna *Participação* avalie o programa quanto à promoção de participação²⁴⁷:

n/a	1	2	3	4	5
Não aplicável	Impede a participação	Não promove a participação	Promove uma das formas de participação (social, política, religiosa, intergeracional, cultural, recreativa...)	Promove mais de uma forma de participação (social, política, religiosa, intergeracional, cultural, recreativa...)	Promove a participação do indivíduo em todos os setores da sociedade (social, política, religiosa, intergeracional, cultural, recreativa...)

Na coluna *Segurança* avalie o programa relativamente à promoção de segurança²⁴⁸:

n/a	1	2	3	4	5
Não aplicável	Coloca a segurança da pessoa em risco	Não promove segurança	Promove um tipo de segurança: física, psicológica ou económica	Promove dois tipos de segurança: física, psicológica e/ou económica	Promove todas as formas de segurança: física, psicológica e económica

²⁴⁶ A Saúde refere-se à prevenção de doenças e de declínio funcional, ao aumento dos fatores de proteção que permitem às pessoas gerir a sua saúde à medida que envelhecem, aos serviços de tratamento médico e cuidados e às medidas que fomentam os estilos de vida saudáveis, entre outros.

²⁴⁷ A participação refere-se a programas que promovem ou permitem a manutenção de atividades de socialização, quer sejam recreativas, espirituais, política etc., de acordo com os direitos humanos, capacidades, necessidades e preferências, para que as pessoas possam contribuir produtivamente para a sociedade

²⁴⁸ A segurança refere-se a políticas e programas que asseguram as necessidades de segurança física, psicológica e económica, os direitos das pessoas à medida que envelhecem, proteção, dignidade e cuidados necessários.

3.2. Na dimensão *Característica Social*:

Na coluna *Inclusivo* avalie o programa em relação à inclusão de pessoas mais desfavorecidos na sociedade no que respeita aos mais velhos e/ou mais isolados:

n/a	1	2	3	4	5
Não aplicável	Exclui da sociedade	Agrega a partir do critério idade	Promove inclusão mas agrega a partir do critério idade	Promove inclusão mas agrega por condições de saúde, funcionalidade, isolamento ou situação económica	Promove inclusão independente da idade e condições de vida, garantindo recursos necessários para a inclusão dos mais desfavorecidos.

Na coluna *Intergeracional* avalie o programa quando às relações intergeracionais:

n/a	1	2	3	4	5
Não aplicável	Impede as relações intergeracionais	Não promove as relações intergeracionais	Promove relações intergeracionais mas agrega a partir do critério idade.	Promove relações intergeracionais mas agrega por condições de saúde, funcionalidade, isolamento ou situação económica	Promove contactos intergeracionais independentemente da idade, condições de saúde, funcionalidade, isolamento ou situação económica

3.3. Na dimensão *Governança Colaborativa* avalie o programa quando à existência ou não de parcerias entre as diferentes organizações/ instituições:

n/a	1	2	3	4	5
Não aplicável	Exclui a possibilidade de colaboração entre organizações/ instituições.	Não estabelece parceria a nenhum nível de governança colaborativa.	Estabelece parceria a um nível de governança colaborativa: i) entre o Estado e Governo Local, ii) entre o Governo Local e 3º setor ou iii) entre o setor público e setor privado	Estabelece parceria a dois níveis de governança colaborativa: i) entre o Estado e Governo Local, ii) entre o Governo Local e 3º setor e/ou iii) entre o setor público e setor privado	Estabelece parcerias aos três níveis de governança colaborativa: i) entre o Estado e Governo Local, ii) entre o Governo Local e 3º setor e iii) entre o setor público e setor privado

3.4. Na dimensão *Processo de Formulação de Políticas*:

Na coluna *consulta aos beneficiários* avalie o programa quanto ao nível de consulta dos beneficiários (pessoas mais velhas) na formulação do programa:

n/a	1	2	3	4	5
Não aplicável	Impede que se contemple, consulte ou considere a opinião dos beneficiários	Não contempla, consulta ou considera a opinião dos beneficiários	Contempla, consulta ou considera a opinião dos beneficiários em apenas uma das fases da formulação da política: i) criação, ii) implementação ou iii) avaliação	Contempla, consulta ou considera a opinião dos beneficiários em duas das fases da formulação da política: i) criação, ii) implementação e/ou iii) avaliação	Contempla, consulta ou considera a opinião dos beneficiários nas três fases da formulação da política: i) criação, ii) implementação e iii) avaliação

Na coluna *problemas de saúde ou funcionalidade*²⁴⁹ avalie o programa quanto à possibilidade de os idosos com problemas de saúde ou funcionalidade participarem²⁵⁰:

n/a	1	2	3	4	5
Não aplicável	Impede a participação de idosos com problemas de saúde ou funcionalidade	Exclui idosos com problemas de saúde ou funcionalidade	Não exclui a possibilidade de participação dos idosos com problemas de saúde ou funcionalidade	Inclui pessoas com determinado(s) problema(s) de saúde ou funcionalidade	Inclui todas as pessoas independentemente da condição de saúde ou funcionalidade

3.5. Na dimensão *Avaliação* classifique o programa quanto à verificação se os objetivos foram atingidos:

n/a	1	2	3	4	5
Não aplicável	Contraria os objetivos propostos	Não atinge os objetivos propostos (ou não verifica se os atingiu)	Atinge uma parte dos objetivos propostos	Atinge a maior parte dos objetivos propostos	Atinge todos os objetivos propostos

4. Calcule os diferentes scores para interpretação dos resultados:

$$\text{programme score} = \frac{\text{Somatório de todas as classificações do programa}}{\text{Número de indicadores preenchidos (não contabilizando as respostas n/a)}}$$

$$\text{categorie score} = \frac{\text{Somatório dos programme score da categoria}}{\text{Número de programas da categoria}}$$

$$\text{indicator score} = \frac{\text{Somatório de todas as classificações obtidas para o indicador}}{\text{Número de programas analisados no indicador (não contabilizando as respostas n/a)}}$$

$$\text{dimension score} = \frac{\text{Somatório dos indicator score dos indicadores da dimensão}}{\text{Número de indicadores da dimensão}}$$

$$\text{total score} = \frac{\text{Somatório de todos os programme score}}{\text{Número de programas analisados}}$$

4.1. Interprete os scores de acordo com a tabela:

score = 1	Antútese do <i>envelhecimento ativo</i>
score = 2	Não se adequa ao <i>envelhecimento ativo</i>
score = 3	Exige adequação ao <i>envelhecimento ativo</i>
score = 4	Próximo do <i>envelhecimento ativo</i>
score = 5	Totalmente de acordo com o <i>envelhecimento ativo</i>

²⁴⁹ Entende-se por funcionalidade todas as funções do corpo (anatômicas e fisiológicas), atividades (relacionadas com a execução de tarefas) e participação (inerente ao envolvimento da pessoa nas situações da vida).

²⁵⁰ No caso do programa em análise/avaliação apenas poder funcionar mediante determinados requisitos de saúde ou funcionalidade, considere a opção n/a (não aplicável).

7.4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 3b

São, aqui, apresentados os resultados da aplicação do MALPA aos programas analisados em Coruche e Oeiras, descritos no ponto 7.2. De forma a facilitar a interpretação dos valores, olhemos, primeiro, para as dimensões, indicadores e categorias que mais se destacaram na aplicação do instrumento em cada município, em termos de *scores* mais altos e mais baixos. No total, Coruche obtém um *score* de 3,6 e Oeiras de 3,8, ambos positivos na escala de 1 a 5, situando-se entre o *score* 3 - *exige adequação ao envelhecimento ativo* e o 4 - *próximo do envelhecimento ativo* (Tabelas LXXXVIII e LXXXIX).

Tabela LXXXVIII - Score por dimensão e indicador e score total para o Município de Coruche

Dimensão	Pilares do Envelhecimento Ativo			Característica Social		Governança Colaborativa	Processo de Formulação de Políticas		Avaliação
Indicador	Saúde	Participação	Segurança	Inclusivo	Intergeracional	Estado e Governo Local, Governo Local e 3º Setor Público e Privado	Consulta aos Beneficiários	Problemas de Saúde ou Funcionalidade	Atinge os Objetivos
Score do indicador	3,9	3,9	3,4	3,9	3,7	2,8	2,5	4	4,7
Score da dimensão	3,7			3,8		2,8	3,3		4,7
Score Total									3,6

Tabela LXXXIX - Score por dimensão e indicador e score total para o Município de Oeiras

Dimensão	Pilares do Envelhecimento Ativo			Característica Social		Governança Colaborativa	Processo de Formulação de Políticas		Avaliação
Indicador	Saúde Participação Segurança			Inclusivo	Intergeracional	Estado e Governo Local, Governo Local e 3º Setor Público e Privado	Consulta aos Beneficiários	Problemas de Saúde ou Funcionalidade	Atinge os Objetivos
Score do indicador	4	4	3,7	3,9	3,8	3	2,8	4,1	4,7
Score da dimensão	3,9			3,9		3	3,5		4,7
Score Total									3,8

Ao olharmos os dados das tabelas acima sob a perspetiva da dimensão, tanto Coruche como Oeiras apresentam o *score* mais baixo na dimensão *Governança Colaborativa*. Em Coruche, o *score* desta dimensão foi de 2,8 e em Oeiras alcança 3, exigindo, portanto, adequação ao “envelhecimento ativo”. Resultados semelhantes são encontrados no que respeita aos indicadores com pontuação mais baixa nos dois municípios, correspondendo à *consulta aos beneficiários* (2,5 em Coruche e 2,8 em Oeiras), seguido da *segurança* (3,4 em Coruche e 3,7 em Oeiras) e do indicador *intergeracional* (3,7 em Coruche e 3,8 em Oeiras).

A dimensão *avaliação* e o indicador *atinge os objetivos* conquistaram os *scores* mais altos. Contudo, durante a aplicação do instrumento salientamos que não são dadas provas que os objetivos tenham sido atingidos e, na maioria dos programas, a adaptação ao “envelhecimento ativo” exigiria a alteração dos objetivos. Assim, o *score* elevado deixa dúvidas quanto à aproximação ao paradigma de “envelhecimento ativo”.

Numa leitura horizontal sobre os resultados da aplicação do MALPA, vemos que em Coruche a categoria Cultura foi a que obteve *score* mais baixo (3,4) e a Habitação e Saúde as categorias com valores mais altos (3,9). No município de Oeiras, a categoria Educação alcançou o *score* mais baixo (3,4) e as categorias transportes e Saúde as pontuações mais altas (4,2 e 4, respetivamente) (Tabelas XC e XCI).

Tabela XC - Score por Categoria de Intervenção e Score Total para o Município de Coruche

	Ação social	Ambiente	Atividade física	Cultura	Educação	Habitação	Saúde	Trabalho	Transportes
<i>Score</i>	3,5	3,5	3,6	3,4	3,6	3,9	3,9	3,5	3,5

Tabela XCI - Score por Categoria de Intervenção e Score Total para o Município de Oeiras

	Ação social	Ambiente	Atividade física	Cultura	Educação	Habitação	Saúde	Segurança	Trabalho	Transportes
<i>Score</i>	3,8	3,9	3,7	3,6	3,4	3,7	4	3,8	3,5	4,2

Nas tabelas seguintes estão representados os *scores* relativos a todos os programas analisados, seguindo a ordem dos setores de intervenção do MALPA.

Na categoria de ação social, o *apoio ao associativismo* conquista o *score* mais alto em Coruche e o *Observatório* o valor mais alto em Oeiras. Na extremidade oposta, o *Cartão Sénior* de Coruche e o *Cartão Sénior 65+* de Oeiras obtêm o *score* mais baixo (Tabelas XCII e XCIII).

Tabela XCII - Preenchimento do MALPA para os Programas de Ação Social em Coruche

Programas	Pilares do Envelhecimento Ativo			Caract Social		Governança Colaborativa E- GL, GL-3S, Públ-Priv	Processo de Formulação de Políticas		Avaliação Atinge os Objet	Score do programa	Score da categoria
	Saúde	Part	Seg	Incl	Inter		Cons. Benef	Prob Saúde ou Func			
Apoio ao associativismo	3	5	4	5	5	3	2	5	5	4,1	3,5
Academia Sénior Itinerante	4	5	3	3	3	3	4	3	n/a	3,5	
Cartão Sénior	4	4	4	3	3	4	2	3	2	3,2	
Loja Social	3	3	3	4	4	3	2	5	5	3,6	
Atividades Esporádicas	3	5	3	3	3	3	2	2	5	3,2	
Centros de Dia, Lares SCMS	4	4	4	2	2	3	2	5	5	3,4	

Tabela XCIII - Preenchimento do MALPA para os Programas de Ação Social em Oeiras

Prog	Pilares do Envelhecimento Ativo			Caract Social		Governança Colaborativa E-GL, GL-3S, Púb-Priv	Processo de Formulação de Políticas		Avaliação Atinge os Objet	Score do programa	Score da categoria
	Saúde	Part	Seg	Incl	Inter		Cons Benef	Prob Saúde ou Func			
Plataforma de Apoio às Organizações Sociais	4	5	4	5	5	3	2	5	5	4,2	3,8
Cartão Sénior 65+	4	4	4	3	3	4	2	3	2	3,2	
Atividades socioculturais e recreativas esporádicas	3	5	3	3	3	3	2	2	5	3,2	
Programa Oeiras Solidária	3	4	4	4	4	3	2	3	5	3,6	
Rede Social de Oeiras	5	5	5	5	5	5	2	5	2	4,3	
Equ.de emerg e apoio social; Fundo de emerg social; Fundo Europ de Aux. a Carenc	3	3	3	4	4	4	3	5	5	3,8	
Interv. Sociais das Freguesias	4	5	4	4	4	2	3	5	5	4,4	
Intervenção de proximidade	3	5	3	4	4	2	3	3	5	3,6	
Observ do Envelhecimento e da Pessoa Idosa (Em Projeto)	5	5	5	5	3	4	5	5	n/a	4,6	
Lares, Centros de Dia, Apoio Domiciliário e Centro de Noite	4	4	4	2	2	3	2	5	5	3,4	

Na categoria ambiente, os valores mais altos correspondem ao *MPT Plan* em Coruche e aos *Espaços Verdes* em Oeiras. Como programa mais afastado do “envelhecimento ativo” salienta-se o *equipamento gerontológico* de Coruche e as *ações de sensibilização ambiental* em Oeiras (Tabelas XCIV e XCV).

Tabela XCIV - Preenchimento do MALPA para os Programas de Ambiente em Coruche

Programas	Pilares do Envelhecimento Ativo			Caracterís Social		Governança Colaborativa E-GL, GL-3S, Púb-Priv	Processo de Formulação de Políticas		Avaliação Atinge os Objet	Score do programa	Score da categoria
	Saúde	Part	Seg	Incl	Inter		Cons. Benef	Prob Saúde ou Func			
MPT Plan	4	5	3	5	4	3	2	5	5	4	3,5
Espaços verdes e parques urbanos	4	5	3	5	4	2	2	5	5	3,9	
Ciclovias	4	3	3	4	4	2	2	n/a	5	3,3	
Percursos Pedestres	4	3	3	4	4	2	2	n/a	5	3,3	
Equipamento Gerontológico	4	3	2	3	2	2	2	n/a	2	2,5	
Higiene e Limpeza Pública	4	3	3	5	n/a	2	4	5	5	3,9	
Plano de Ordena/ do Território	4	5	3	5	4	2	2	5	5	3,9	
Hortas urbanas	4	3	3	4	3	3	2	n/a	5	3,4	

Tabela XCV - Preenchimento do MALPA para os Programas de Ambiente em Oeiras

Prog	Pilares do Envelhecimento Ativo			Caract Social		Governança Colaborativa E-GL, GL-3S, Púb-Priv	Processo de Formulação de Políticas		Avaliação Atinge os Objet	Score do programa	Score da categoria
	Saúde	Part	Seg	Incl	Inter		Cons Benef	Prob Saúde ou Func			
Espaços Verdes	4	5	3	5	5	3	2	5	5	4,1	3,9
Sensibi. ambiental	4	3	3	4	4	4	3	3	5	3,7	
Gestão de resid. urb e a manut da salubridade dos espaços públicos Água, Qual do Ar	4	3	3	5	n/a	2	4	5	5	3,9	
Ruído-Poluição sonora	3	3	3	5	4	3	4	5	5	3,9	
Número Verde	3	3	3	5	n/a	3	5	5	5	4	

Nas Tabelas XCVI e XCVII observamos os *scores* dos programas de atividade física. No município de Coruche o *programa de gerontomotricidade* atinge o *score* mais baixo e o mesmo acontece com o *programa de atividade física 55+* em Oeiras. Como programas em maior conformidade com o “envelhecimento ativo” evidenciamos o *uso livre das piscinas municipais* de Coruche, os *eventos pontuais* e *apoio ao associativismo desportivo* em Oeiras.

Tabela XCVI - Preenchimento do MALPA para os Programas de Atividade Física em Coruche

Prog	Pilares do Envelhecimento Ativo			Caract Social		Governança Colaborativa E-GL, GL-3S, Púb-Priv	Processo de Formulação de Políticas		Avaliação Atinge os Objet	Score do programa	Score da categoria
	Saúde	Part	Seg	Incl	Inter		Cons Benef	Prob Saúde ou Func			
Prog de Gerontomotricidade	5	4	3	2	2	3	3	4	5	3,4	3,6
Uso Livre das Piscinas Mun	4	4	4	5	5	3	2	n/a	5	4	
Ativ Pontuais de Ativ Física	5	5	3	4	4	3	2	3	5	3,8	
Passeios de bicicleta	5	4	2	4	4	2	2	n/a	5	3,5	
Atividades de marcha	5	4	2	4	4	2	2	n/a	5	3,5	

Tabela XCVII - Preenchimento do MALPA para os Programas de Atividade Física em Oeiras

Prog	Pilares do Envelhecimento Ativo			Caract Social		Governança Colaborativa E-GL, GL-3S, Púb-Priv	Processo de Formulação de Políticas		Avaliação Atinge os Objet	Score do programa	Score da categoria
	Saúde	Part	Seg	Incl	Inter		Cons Benef	Prob Saúde ou Func			
Mexa-se Mais	5	4	3	4	4	2	3	4	4	3,7	3,7
Eventos Pontuais	5	5	3	4	4	3	2	3	5	3,8	
Circ de Xadrez de Oeiras	4	3	3	4	4	2	3	4	5	3,6	
Prog de ativ de ar livre	5	4	3	4	4	2	2	3	5	3,6	
Prog de ativ física 55+	5	4	3	2	2	3	3	4	5	3,4	
Prog municipal de apoio ao associativismo desportivo	3	5	4	4	4	3	2	4	5	3,8	

Na categoria cultura, a associação *ASSECOR* é o programa menos positivo de Coruche, ao contrário das *tertúlias do núcleo tauromáquico*. Os dois municípios apresentam programas relacionados com turismo e viagens destinadas à população mais velha, com pontuações idênticas (Tabelas XCVIII e XCIX).

Tabela XCVIII - Preenchimento do MALPA para os Programas de Cultura em Coruche

Prog	Pilares do Envelhecimento Ativo			Caract Social		Governança Colaborativa E-GL, GL-3S, Púb-Priv	Processo de Formulação de Políticas		Avaliação Atinge os Objet	Score do programa	Score da categoria
	Saúde	Partic	Seg	Incl	Inter		Cons. Benef	Probl Saúde ou Func			
Passeio dos reformados	3	5	3	2	2	3	5	3	5	3,4	3,4
Associações, ASSECOR.	3	5	3	3	2	3	3	3	5	3,3	
Tertúlias do Núcleo tauromáquico	3	3	3	5	5	2	3	3	5	3,6	

Tabela XCIX - Preenchimento do MALPA para os Programas de Cultura em Oeiras

Prog	Pilares do Envelhecimento Ativo			Caract Social		Governança Colaborativa	Processo de Formulação de Políticas			Avaliação		
	Saúde	Part	Seg	Incl	Inter		E-GL, GL-3S, Púb-Priv	Cons Benef	Prob Saúde ou Func	Atinge os Objet	Score do programa	Score da categoria
Turismo Sénior	3	5	3	2	2	3	3	5	3	5	3,4	3,6
Infraestruturas Culturais	3	4	3	5	5	3	2	3	3	5	3,7	

Na categoria Educação, as *atividades intergeracionais* constituem o programa menos cotado em Coruche e as *Universidades Seniores* em Oeiras. As infraestruturas não atingem valores muito altos no MALPA, destacando-se pela positiva as *atividades de sensibilização* de Coruche (Tabelas C e CI).

Tabela C - Preenchimento do MALPA para os Programas de Educação em Coruche

Prog	Pilares do Envelhecimento Ativo			Caract Social		Governança Colaborativa	Processo de Formulação de Políticas			Avaliação		
	Saúde	Partic	Seg	Incl	Inter		LE-GL, GL-3S, Púb- Priv	Cons Benef	Prob Saúde ou Func	Atinge os Objet	Score do programa	Score da categoria
Atividades de Sensibilização	5	4	5	5	5	4	4	2	3	5	4,2	3,6
Atividades Intergeracionais	3	4	3	3	3	3	3	3	3	5	3,3	
Biblioteca Municipal de Coruche	3	4	3	5	5	2	2	2	3	3	3,3	

Tabela CI - Preenchimento do MALPA para os Programas de Educação em Oeiras

Prog	Pilares do Envelhecimento Ativo			Caract Social		Governança Colaborativa	Processo de Formulação de Políticas			Avaliação		
	Saúde	Part	Seg	Incl	Inter		E-GL, GL-3S, Púb-Priv	Cons Benef	Prob Saúde ou Func	Atinge os Objet	Score do programa	Score da categoria
4 Universidades Seniores	3	5	3	3	2	3	3	3	3	5	3,3	3,4
Bibliotecas Municipais	3	4	3	5	5	2	2	2	3	4	3,4	

No setor da habitação, os serviços de apoio domiciliário *Projeto ELOS* e *Oeiras está lá* conquistam dos valores mais altos em Coruche e Oeiras, respetivamente. Já os programas *Melhoria do Conforto Habitacional*, em Coruche, e *Requalificação dos Espaços*, em Oeiras, carecem de maior adaptação ao “envelhecimento ativo” (Tabelas CII e CIII).

Tabela CII - Preenchimento do MALPA para os Programas de Habitação em Coruche

Prog	Pilares do Envelhecimento Ativo			Caract Social		Governança Colaborativa	Processo de Formulação de Políticas			Avaliação		
	Saúde	Part	Seg	Incl	Inter		E-GL, GL-3S, Pub-Priv	Cons Benef	Prob de Saúde ou Func	Atinge os Objet	Score do programa	Score da categoria
Projeto ELOS	5	4	4	4	n/a	3	3	3	5	5	4,1	3,9
Projeto de Apoio Domiciliar	5	3	5	4	n/a	3	3	3	5	n/a	4	
Programa de Melhoria do Conforto Habitacional	3	3	4	4	n/a	2	3	3	5	5	3,6	
Aquisição e arrendamento	3	3	4	5	n/a	3	3	3	5	5	3,9	

Tabela CIII - Preenchimento do MALPA para os Programas de Habitação em Oeiras

Prog	Pilares do Envelhecimento Ativo			Caract Social		Governança Colaborativa	Processo de Formulação de Políticas		Avaliação	Score do programa	Score da categoria
	Saúde	Part	Seg	Incl	Inter		Cons Benef	Prob de Saúde ou Func			
Habitar Oeiras	4	4	4	4	4	3	2	5	n/a	3,8	3,7
Requalificação dos centros históricos, reconversão das augi manutenção e requal.	3	3	3	4	4	2	2	3	5	3,2	
Residências terceira idade	4	4	4	2	2	3	2	5	5	3,4	
Realojamento	4	3	4	4	4	2	5	5	4	3,9	
Oeiras está lá!	4	3	5	4	4	2	3	5	5	3,9	
Serviço de Teleassistência Domiciliária de Oeiras	3	3	4	4	4	2	3	5	5	3,7	

Nas Tabelas CIV e CV reparamos que, enquanto em Coruche são as unidades prestadoras de cuidados de saúde que atingem *scores* mais altos, em Oeiras identificamos programas mais próximos do “envelhecimento ativo” como o projeto *Oeiras município acessível* e o projeto *cuidar melhor*.

Tabela CIV - Preenchimento do MALPA para os Programas de Saúde em Coruche

Prog	Pilares do Envelhecimento Ativo			Caract Social		Gov Colaborativa	Processo de Formulação de Políticas		Avaliação	Score do programa	Score da Categoria
	Saúde	Part	Seg	Incl	Inter		Cons Benef	Probl Saúde ou Func			
Ativ. Física por razões de saúde	5	4	3	4	4	3	3	4	5	3,9	3,9
Transporte e acomp a trat e consultas médicas	4	3	3	4	4	2	3	4	5	3,6	
Centros de Dia, Lares, SCMC	5	4	4	2	2	3	3	5	5	3,7	
Unidade de Cuidados Cont	4	n/a	4	5	5	5	3	4	4	4,3	
Centro de Saúde e Extensões	5	4	4	5	5	3	2	5	5	4,2	

Tabela CV - Preenchimento do MALPA para os Programas de Saúde em Oeiras

Prog	Pilares do Envelhecimento Ativo			Caract Social		Governança Colaborativa	Processo de Formulação de Políticas		Avaliação	Score do programa	Score da categoria
	Saúde	Part	Seg	Incl	Inter		Cons Benef	Prob Saúde ou Func			
Férias em Saúde	5	5	4	3	3	3	3	3	5	3,8	4
Medida Comparticipação em Medicamentos	4	3	3	3	3	3	3	5	5	3,6	
Projeto cuidar melhor	5	4	4	4	4	5	4	4	5	4,3	
Projeto Café Memória	5	5	4	4	4	4	3	4	5	4,2	
Oeiras município Acessível	4	4	4	5	5	5	3	5	5	4,4	
Eventos com vista à promoção da saúde e estilos de vida saudáveis	5	5	4	4	4	3	2	3	5	3,9	
Apoio/ cooperação com entidades na área da saúde	5	4	4	5	5	3	2	5	5	4,2	
ERPIs	5	4	4	2	2	3	3	5	5	3,7	
Centro de Saúde	5	4	4	5	5	3	2	5	5	4,2	

No setor de Segurança só Oeiras apresentou um programa com 3,8 de score (Tabela CVI).

Tabela CVI - Preenchimento do MALPA para os Programas de Segurança em Oeiras

Prog	Pilares do Envelhecimento Ativo			Caract Social		Governança Colaborativa	Processo de Formulação de Políticas			Avaliação	Score do programa	Score da categoria
	Saúde	Part	Seg	Incl	Inter		Cons Benef	Prob Saúde ou Func	Atinge os Objet			
Seniores em Segurança	4	3	5	3	3	3	3	5	5		3,8	3,8

Os programas de trabalho das duas unidades territoriais analisadas eram similares e atingem a mesma pontuação (Tabelas CVII e CVIII).

Tabela CVII - Preenchimento do MALPA para os Programas de Trabalho em Coruche

Prog	Pilares do Envelhecimento Ativo			Caract Social		Governança Colaborativa	Processo de Formulação de Políticas			Avaliação	Score do programa	Score da categoria
	Saúde	Part	Seg	Incl	Inter		Cons Benef	Prob Saúde ou Func	Atinge os Objet			
Banco Local de Volunt	4	3	4	4	4	4	2	4	3		3,5	3,5

Tabela CVIII - Preenchimento do MALPA para os Programas de Trabalho em Oeiras

Prog	Pilares do Envelhecimento Ativo			Caract Social		Governança Colaborativa	Processo de Formulação de Políticas			Avaliação	Score do programa	Score da categoria
	Saúde	Part	Seg	Incl	Inter		Cons Benef	Prob Saúde ou Func	Atinge os Objet			
Banco Local de Volunt	4	3	4	4	4	4	2	4	3		3,5	3,5

Por último, no que respeita aos programas relacionados com os transportes, os *planos rodoviários dentro dos perímetros urbanos* de Coruche são os que mais se afastam da estratégia de “envelhecimento ativo”, por oposição ao *serviço de transporte adaptado* de Oeiras que atinge um *score* elevado (Tabelas CIX e CX).

Tabela CIX - Preenchimento do MALPA para os Programas de Transportes em Coruche

Prog	Pilares do Envelhecimento Ativo			Caract Social		Governança Colaborativa	Processo de Formulação de Políticas			Avaliação	Score do programa	Score da categoria
	Saúde	Part	Seg	Incl	Inter		Cons Benef	Prob Saúde ou Func	Atinge os Objet			
Planos rodoviários dentro dos perímetros urbanos	2	4	4	4	4	3	2	3	5		3,4	3,5
Transporte de pessoas mais isoladas nos montes de forma a participarem nas atividades da ASSECOR	3	4	4	3	3	4	3	3	5		3,6	

Tabela CX - Preenchimento do MALPA para os Programas de Transportes em Oeiras

Prog	Pilares do Envelhecimento Ativo			Caract Social		Governança Colaborativa	Processo de Formulação de Políticas		Avaliação	Score do programa	Score da categoria
	Saúde	Part	Seg	Incl	Inter	E-GL, GL-3S, Púb-Priv	Cons Benef	Prob Saúde ou Func	Atinge os Objet		
Serviço de Transporte Adaptado (Programa Oeiras município Acessível)	4	5	4	4	4	5	3	4	5	4,2	4,2

7.5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 3b

A aplicação do MALPA aos programas analisados poderá ajudar-nos a compreender melhor os elementos críticos e o sentido das políticas dirigidas ao envelhecimento nas duas unidades territoriais. Retomando a linha argumentativa adotada nesta pesquisa, esta discussão focar-se-á em questões-chave relativas aos programas mais críticos, positiva ou negativamente. Inauguraremos a reflexão sobre as dimensões e indicadores mais merecedores de atenção nos resultados para, de seguida, percorrermos os aspetos fulcrais encontrados nos programas, ao longo das categorias de intervenção. Referimo-nos, em particular, aos programas que, na ótica do MALPA, alcançaram: *i) scores* mais baixos, podendo ser entendidos como prioridades de intervenção; *ii) scores* mais altos, suscetíveis de serem percebidos como boas práticas.

Dimensão Governança Colaborativa

Os resultados inerentes à dimensão *Governança Colaborativa*, tendo sido a dimensão menos cotada nos dois municípios (2,8 em Coruche e 3 em Oeiras), avisam-nos que os programas analisados não beneficiam de ações colaborativas entre os diferentes atores das comunidades. Por conseguinte, percebe-se que os recursos podem não estar a ser otimizados em benefício do bem-estar da população, destacando-se o fraco envolvimento das empresas privadas em ações colaborativas com entidades da administração local ou da sociedade civil. Já Barbosa *et al.* (2016), num estudo do município de Lisboa, haviam concluído que em Portugal o nível local não incluía as empresas privadas nos processos de governança, embora baseie a sua proteção social no setor privado e sem fins lucrativos, exercendo um modelo de governação assente na coordenação vertical. Repare-se que as abordagens horizontais teriam a capacidade de evitar ou corrigir a sobreposição de respostas, alavancando a criação de medidas inovadoras e inexistentes, ao garantir a articulação de esforços entre as atuações existentes.

No estudo aprofundado sobre os dois municípios percebemos que os governos locais são chamados a intervir em todas as categorias identificadas (ação social, ambiente, atividade física, cultura, educação, habitação, saúde, segurança, trabalho e transportes), focados na promoção do bem-estar da crescente proporção de idosos. Paralelamente, uma diversidade de organizações comunitárias e associações de cidadãos aumentam a sua participação na criação de respostas dirigidas ao envelhecimento, incluindo grupos de idosos, prestadores de serviços, IPSS e associações. Ora, a otimização dos esforços através de atuações conjuntas entre vários atores públicos, privados e comunitários, potenciaria a política local dirigida ao

envelhecimento, como forma de aprimorar o desenho e a implementação de programas, bens e serviços (Everingham, Warburton, Cuthill & Bartlett, 2012).

Apesar do entusiasmo que as parcerias entre o governo e as partes interessadas possam demonstrar, o debate sobre estas questões sugere uma necessidade de identificação de obstáculos. Há, ainda, uma escassez de pesquisas voltadas para o impacto de diferentes formas de colaboração, bem como acerca do esclarecimento dos processos capazes de potencializar o sucesso destas operações (Everingham *et al.*, 2012). As barreiras podem passar pelo funcionamento hierárquico das entidades envolvidas, desconhecimento das potencialidades e benefícios, falta de comunicação entre os diferentes atores, inércia em relação à mudança. Compreender estes obstáculos exige um exame minucioso do contexto de cada comunidade, tratando-se de questões não averiguadas no nosso estudo 3, mas que ser-nos-iam úteis na reflexão precisa sobre o baixo *score* que a dimensão obteve.

Indicador *Intergeracionalidade*

Há uma tendência na sociedade global para desvalorizar os mais velhos através da ideia de que são incapazes, inflexíveis e resistentes à mudança, de que a velhice corresponde a uma "segunda infância", associando a velhice a doença, inatividade, depressão, irritação e deficiência (Fonseca, Duarte & Moreira, 2013). Falamos de factos relacionados com o *ageism/idadismo* e preconceitos associados, cuja relevância foi evidente nos resultados 1 e 2: 56,1% da população portuguesa com 50 e mais anos (estudo 1) e 40% da amostra de pessoas com 65 e mais anos (estudo 2) considerou que a idade impede de fazer coisas que gostaria algumas ou muitas vezes; aumentado esta frequência à medida que a idade avança.

Os defensores dos programas intergeracionais acreditam que essas interações beneficiam os adultos mais velhos, aumentando os sentimentos de pertença à comunidade (Manheimer, 1998), sendo potenciadoras de uma mudança de paradigma em termos de estereótipos, representações e perceções negativas em relação à idade. Deste modo, projetar as iniciativas dirigidas aos mais velhos num edifício específico e exclusivo para idosos, como pretende o programa de Coruche *Academia Sénior Itinerante* (3,5 no MALPA), embora pudesse aumentar a diversidade de atividades disponíveis, afasta os participantes dos espaços comuns, limita os contactos intergeracionais e arrisca-se a intensificar as representações negativas em relação ao envelhecimento.

Por outro lado, também os programas focados nos encontros intergeracionais que analisámos se afastam da perspectiva adotada nesta análise, tendo sido o terceiro indicador menos pontuado nos dois municípios (3,4 em Coruche e 3,7 em Oeiras). Os encontros entre crianças e reformados (promovidos tanto em Coruche nas *Atividades Esporádicas* como em Oeiras nas *Atividades Socioculturais e Recreativas Esporádicas*), ao invés de constituírem medidas inclusivas, podem mergulhar na infantilização das pessoas mais velhas ao colocá-las ao mesmo nível das crianças, em ambientes forçados e controlados por adultos mais novos. No MALPA, este conjunto de atividades obteve um *score* de 3,2 também por não se preocupar com as pessoas mais frágeis, com problemas de saúde e funcionalidade; não consultarem os beneficiários e não garantirem as condições de segurança económica, física e psicológica.

O indicador *intergeracionalidade* pretende constituir uma característica de todas as oportunidades, recursos, dispositivos e programas das comunidades, facilitando as relações naturais entre todas as pessoas, de todas as idades. Sobre estas intervenções temos a salientar que as atividades educacionais podem contribuir para mudar o paradigma de considerar o envelhecimento como um fenómeno social acompanhado de estereótipos e imagens negativas. Referimo-nos, por exemplo, às *ações de sensibilização* existentes em Coruche (4,2 no MALPA), dirigidas a toda a população e concretizadas também em contextos escolares, que sensibilizam os alunos para a questão da inclusão, apostam na realização de campanhas e seminários.

Indicador *Consulta aos Beneficiários*

Nos dois municípios selecionados, o indicador que obteve *score* mais baixo comportou a *Consulta aos Beneficiários* (2,5 em Coruche e 2,8 em Oeiras), pertencente à dimensão *Processo de Formulação de Políticas*. Este indicador refere-se à consulta das pessoas mais velhas nas três fases que a formulação da política envolve: criação, implementação e avaliação. É sustentado pela literatura já apresentada acerca dos benefícios e contributos de uma abordagem participativa, em sintonia com a estratégia de “envelhecimento ativo”. A inclusão das pessoas mais velhas na criação de políticas dirigidas ao envelhecimento, a quem os programas se dirigem, pode desenvolver oportunidades positivas para participarem em grupos comunitários, de voluntariado, na organização de atividades, entre outras tipologias. Mas as abordagens participativas requerem a garantia de condições favoráveis ao seu desenvolvimento e eficácia, levando-nos a refletir sobre possíveis entraves. Popescu (2013) enfatiza a forma como os representantes políticos estão (ou não) preparados para aceitar o envolvimento direto dos

cidadãos e a partilha de responsabilidades no processo de formulação de políticas, e questiona se os membros da comunidade estarão conscientes da importância destes compromissos. Além disso, a inclusão dos cidadãos mais velhos é transversal a todas as políticas que afetam o envelhecimento, encontrando particularidades que podem facilitar ou dificultar as diferentes políticas setoriais, dependendo de uma enorme diversidade de atores.

Envolver os cidadãos na participação através de abordagens baseadas na comunidade exige ainda que se encorajem a assumir uma responsabilidade pessoal pelo sucesso, através da participação direta. É desta forma que se exerce uma pressão sobre os indivíduos no que respeita aos seus hábitos e contribuições fundamentais para a estratégia global (Popescu, 2013). Não esqueçamos, também, que esta visão centrada no cidadão caracteriza a política democrática e a posição que as gerações idosas ocupam neste espaço está em processo de mudança. O aumento da proporção de pessoas mais velhas torna-as uma força eleitoral cada vez mais importante, reconhecida pelos governos. Chamemos-lhe um poder musculado pela elevada participação eleitoral dos grupos etários mais velhos, tal como vimos no estudo 2: a maioria da amostra costuma votar (84,4%) e os inquiridos mais velhos votam mais.

Apoio ao Associativismo como Política de Participação

A participação é um dos pilares da perspectiva de “envelhecimento ativo”, adquirindo uma dimensão abrangente em termos de oportunidades das pessoas mais velhas, em todas as áreas da atividade humana. Engloba, portanto, o envolvimento dos cidadãos nas atividades sociais, culturais, religiosas e cívicas. Proporcionar oportunidades justas e seguras para uma vida ativa e aumentar os níveis de participação pode estimular a expansão das redes sociais, contribuir para a coesão social e ampliar o senso de identidade comunitária. Incentivar esses comportamentos é particularmente essencial para os membros dos grupos mais desfavorecidos. Urgem esforços intrinsecamente ligados às questões de equidade social, tendo em consideração que certos grupos são particularmente vulneráveis à exclusão social, incluindo os idosos, especialmente aqueles que vivem sozinhos (Edwards & Tsouros, 2006). Vimos no capítulo da fundamentação teórica e no estudo 2 que as pessoas mais velhas estão mais suscetíveis a uma exclusão social. Por estes motivos, entende-se que se preste maior atenção à integração social e igualdade de oportunidades, e os programas orientados para aumentar ou manter os níveis de participação dos mais velhos na sociedade são de valor reconhecido.

Na área da participação social, os programas analisados no estudo 3 que suportam as associações locais com intervenção em diferentes setores necessários a um envelhecimento com qualidade de vida, alcançam dos valores mais altos no MALPA, nos dois municípios (“*Apoio ao Associativismo*” da CMC com 4,1; *Plataforma de Apoio às Organizações Sociais* em Oeiras com 4,2). Tornam-se, portanto, programas próximos do “envelhecimento ativo” a caminho de um total acordo com o “envelhecimento ativo”. A literatura diz que ser membro ativo de uma associação, organização política ou de solidariedade pode ser promotor de capital social e coesão social de uma sociedade, reforçando simultaneamente a sensação de pertença e de bem-estar (Böhnke, 2005); e que o envolvimento em organizações religiosas e de voluntariado reduz o risco de mortalidade (Fonseca *et al.*, 2011). Também Deeming (2009) declara que a participação em grupos voluntários e comunitários traz benefícios: *i*) para os envolvidos, ajudando a melhorar a qualidade de vida, proporcionando estimulação física e mental e uma vida social mais rica; e *ii*) para a sociedade em geral, reduzindo o risco de isolamento e solidão. Programas que apoiem as organizações e fortaleçam as estruturas da sociedade civil são, então, entendidos como promotores de “envelhecimento ativo”. Além disso, estando o governo (central e local) cada vez mais limitado em termos de recursos, as associações locais tornam-se fundamentais na melhoria das condições de envelhecimento da população.

Contudo, os resultados dos estudos 1 e 2 mostraram uma baixa proporção de pessoas que ocupa o seu tempo em organizações. Com isto, entendemos que o apoio às associações e a aposta nos programas dirigidos aos utilizadores das organizações esquece uma grande parte da população que não se envolve em iniciativas desta natureza, especialmente a mais velha.

Programas de Benefícios Socioeconómicos

As desigualdades socioeconómicas têm sido associadas ao envelhecimento populacional como preocupações adjacentes. As medidas de apoio ao envelhecimento devem tê-las em consideração e procurar, simultaneamente, reduzi-las ou eliminá-las. Olshansky *et al.* (2011) apelam ao envolvimento de uma agenda social que incida sobre as necessidades da sociedade na promoção de bem-estar dos desfavorecidos e marginalizados. Se é evidente que as políticas dirigidas ao envelhecimento devem criar iniciativas e serviços para toda a população, precisam ultrapassar desafios impostos às pessoas, entre os quais as situações financeiras desfavoráveis. Lowndes *et al.* (2006) dizem-nos que as variações socioeconómicas fazem a diferença nos níveis de participação local, isto é, a participação depende dos recursos a que os cidadãos têm acesso, como o dinheiro (a educação e as competências cívicas), sendo que os indivíduos com

mais rendimento são mais ativos. Fitzgerald e Caro (2014) corroboram com esta observação ao referirem que as potenciais barreiras ao uso de serviços sociais e de saúde incluem o custo, a informação e uma combinação de distância e transporte. De facto, as populações desprotegidas são menos capazes de ter acesso a programas, uma vez que a existência de taxas de utilização pode impedir que famílias com baixos rendimentos participem em programas de lazer ou usem os transportes públicos.

A informação disponível sobre a condição económica das pessoas mais velhas evidencia uma precaridade financeira. Os dados do Eurostat de 2015 mostram que o risco de pobreza após transferências sociais²⁵¹ em Portugal é maior nas pessoas mais velhas: 23,7 para as pessoas com 64 e menos anos e 26,8 para os indivíduos com 65 ou mais anos (superior ao da UE28 de 21,3). Os mesmos dados de 2015 fornecem-nos a informação de que 19% das mulheres com 65 e mais anos se encontrava em risco de pobreza, uma proporção superior á da UE28 (16%) e que tem vindo a aumentar desde 2012 (18,4% em 2012; 15,2% em 2013; 16,9% em 2014). Nos estudos 1 e 2 apurámos que uma parte da amostra tinha maiores dificuldades em fazer com que o rendimento chegasse ao fim do mês, sobretudo os indivíduos dos grupos etários mais velhos. Contudo, constatámos também que no estudo 1 são os indivíduos ainda não reformados que referem maiores dificuldades no rendimento e que a escolaridade é a variável mais preditora no estudo 2 (os indivíduos menos escolarizados são os que referem maior dificuldade em fazer com que o rendimento chegue ao fim do mês). A idade perde, portanto, a sua força na associação com as variáveis de segurança económica.

No âmbito de iniciativas que visam aumentar os níveis de participação através da redução de custos como uma barreira, os dois municípios têm em funcionamento um programa similar, o *Cartão Sénior* (em Coruche) e o *Cartão Sénior 65+* (em Oeiras). Realça-se a importância da dimensão “governança colaborativa”, no sentido de unir esforços e otimizar recursos, presente nestes programas através das parcerias com organizações públicas e privadas. Apesar de pretenderem aumentar as oportunidades de interação social, com um *score* de 3,2 no MALPA, são os programas que apresentam valor mais baixo na categoria de ação social. O facto de beneficiarem todas as pessoas com 65 ou mais anos sugere uma associação entre idade e pobreza. Embora este segmento da população possa incluir muitas pessoas pobres, ser velho não implica, necessariamente, uma condição económica carenciada. Sem ignorar os desafios financeiros já mencionados, sabemos que se instalam em todas as idades. Além disso, tratam

²⁵¹ Risk of poverty rate (cut-off point: 60% of median equivalised income after social transfers)

de iniciativas focadas meramente na idade, sem qualquer processo de análise, pesquisa ou conhecimento aprofundado acerca das reais necessidades financeiras dos beneficiários. Assim, admite-se que podem estar a excluir uma parte da população verdadeiramente desfavorecida do ponto de vista económico.

Políticas de Melhoria da Acessibilidade dos Espaços Públicos

Já não é nova a ideia nesta pesquisa que a melhoria da acessibilidade dos espaços públicos ganha uma importância significativa na vivência de um “envelhecimento ativo”, capaz de reduzir as quedas (e medo de cair), facilitando a participação de todas as pessoas, independentemente das dificuldades na mobilidade e locomoção. Em consonância com estas considerações, o *Plano MPT* em Coruche alcança um dos *scores* mais altos no MALPA (4), sendo exemplo de uma série de medidas que pode ajudar o governo local a melhorar a mobilidade nas áreas urbanas e rurais, bem como o acesso aos edifícios onde funcionam os serviços públicos essenciais. Beneficiando de uma parceria com o setor privado, o plano define prioridades de intervenção que facilitem andar a pé. O *score* deste programa só não foi mais alto por as prioridades na realização das intervenções serem determinadas sem a consulta da população.

Sobre os programas relacionados com os edifícios e espaços, Fitzgerald e Caro (2014) referem que o envolvimento das pessoas mais velhas no processo de planeamento pode ser particularmente útil para garantir que correspondem às necessidades populacionais. São elas que podem ajudar a identificar os desafios e barreiras nas estruturas, contribuir para a implementação ou acompanhamento de mudanças favoráveis e fazer recomendações para espaços futuros. Não menos importante, o conhecimento em torno do envelhecimento e das necessidades das pessoas mais velhas entre *policy-markers* das secções ambientais, urbanistas e arquitetos é igualmente crucial para garantir a eficácia da renovação e desenvolvimento dos espaços.

Acerca da adaptação dos lugares, voltemos a recordar que os bairros residenciais são um eixo crucial, pois as características ambientais de vizinhança têm forte impacto na mobilidade, independência e qualidade de vida das pessoas, acrescentando-se que a pessoa pode permanecer isolada dentro da sua habitação. Assim, os programas de Recuperação de Áreas Degradadas como *Requalificação dos centros históricos, reconversão das augi (áreas urbanas de génese ilegal), manutenção e requalificação* em Oeiras (3,2 no MALPA) favorecem a participação ativa na vizinhança. Contudo, tratam de medidas restritas às áreas mais urbanas, não beneficiam

da colaboração com outros setores como empresas privadas e não consultam a população acerca de necessidades de adaptação dos bairros.

Criação de Ambientes Facilitadores de Práticas Saudáveis

A existência de *Espaços Verdes*, tanto em Coruche (3,9 no MALPA) como em Oeiras (4,1 no MALPA), corresponde aos valores mais altos no MALPA, por tornarem os lugares mais amigáveis e ajudarem as pessoas a adquirir/manter estilos de vida saudáveis. Estes espaços são criados para servir todas as pessoas, particularmente valiosos por tornarem as zonas seguras, onde é possível desenvolver atividades comunitárias e praticar exercício físico. Porém, não podemos descurar alguns elementos essenciais que os espaços verdes devem/ deveriam reunir para usufrutos dos mais velhos, tais como a existência de locais de descanso, de árvores que atenuam a poluição e produzem sombra, bem como o acesso a casas de banho.

Estudos realizados no âmbito dos espaços públicos mostraram que os níveis de atividade física estão associados a fatores como a disponibilidade e a proximidade de lugares adequados e de equipamentos de ginástica, em casa ou nos bairros (Sallis, Bauman & Pratt, 1998). A colocação de dispositivos de acessibilidade e mobilidade faz parte das agendas de criação de espaços amigáveis. Além dos parques urbanos, das ciclovias e dos percursos pedestres, Coruche instalou os chamados *equipamentos gerontológicos*. Trata do programa com *score* mais baixo no MALPA (2,5) pois, apesar de pretender incentivar as pessoas a praticarem exercício físico, a colocação de instrumentos destinados à prática de atividade física especificamente para idosos pode impor uma segregação desajustada aos interesses da população, distanciando-se da estratégia de “envelhecimento ativo”. Ao contrário do que prometera, esta medida pode inibir o exercício dos direitos de toda a população, perpetuando situações de desigualdade para os mais velhos. Apesar destes instrumentos se fazerem acompanhar de instruções, estas podem ainda não ser lidas ou devidamente compreendidas por parte da população com baixa escolaridade (lembrando-nos da baixa escolaridade da população portuguesa 50+ no estudo 1 e da população 65+ caracterizada pelo estudo 2), não satisfazendo o indicador segurança.

A evidência sugere ainda que as características ambientais, tais como a segurança, iluminação, clima e poluição do ar, estão relacionados com os níveis de atividade física, independentemente da motivação e conhecimento (Brownson *et al.*, 2001). A poluição do ar é um fator ambiental que afeta significativamente a saúde na Europa e é responsável pela maior carga de ambiente relacionado com a doença (Environment and Health, 2005). A exposição ao material particulado no ar ambiente tem sido associada a vários resultados de saúde que

envolvem os sistemas respiratório e cardiovascular. Os efeitos mais graves em termos de peso geral de saúde incluem uma redução significativa na esperança de vida da população por um ano ou mais, relacionado com a exposição a longo prazo (WHO, 2005). A poluição atmosférica provoca efeitos maiores nos membros mais sensíveis da população, como as pessoas idosas (WHO, 2005), pois sabe-se que a maioria dos europeus que sofre de problemas respiratórios são crianças, idosos, pessoas com problemas asmáticos ou doenças cardiovasculares; e ainda pessoas com baixo nível socioeconómico (Environment and Health, 2005). É neste sentido, que as medidas de *Higiene e Limpeza Pública* em Coruche e a *Gestão de Resíduos Urbanos, Manutenção da Salubridade dos Espaços Públicos, Água e Qualidade do Ar* em Oeiras e ainda o *Plano de Ordenamento do Território* em Coruche (que mantém os equipamentos poluentes longe das áreas residenciais) se constituem relevantes e conquistam 3,9 no MALPA. Desempenham um papel importante em termos de saúde pública, contribuindo para os níveis de participação e comportamentos saudáveis, na medida em que a conservação, segurança e limpeza do espaço público são componentes essenciais para sua utilização confortável. A questão da poluição estende-se ainda a outros problemas sociais como o ruído, destacando-se a pertinência de programas como o *Ruído e Poluição Sonora* da CMO (3,9 no MALPA) que age em colaboração com a Política Municipal, ausculta a população e realiza ações de sensibilização para toda a população.

Ainda alusivo à manutenção de ambientes saudáveis e limpos, não podemos negar que trata de uma responsabilidade que cabe a todos os cidadãos, salientando a pertinência do programa de *Sensibilização Ambiental* em Oeiras (3,7 no MALPA), também contempladas no programa higiene e limpeza pública em Coruche. Embora em Coruche as ações se restrinjam às escolas, em Oeiras, além de dinamizarem projetos escolares pretendem aumentar a consciência de toda a população, alargando a participação a toda a comunidade local, estabelecendo parcerias com as entidades públicas e privadas.

Outras medidas podiam ser vantajosas na área da sensibilização ambiental com efeitos no bem-estar das pessoas mais velhas, ausentes nestes programas. Falamos, por exemplo, de *i)* informação sobre a proteção contra o frio e o calor excessivos, *ii)* adoção de medidas especiais para pessoas mais vulneráveis quer em termos de saúde quer de condições habitacionais, *iii)* auscultação da população quanto às questões ambientais (consciência dos riscos e caracterização de comportamentos), *iv)* diagnóstico da qualidade do ar e água nas habitações das pessoas mais desfavorecidas, entre outros. Mais uma vez, também os programas analisados pecam no indicador consulta aos beneficiários, sendo estes apenas consultados na fase de

implementação. Acredita-se que a consulta prévia podia adequar os conteúdos das ações às necessidades e preferências da população.

Ainda que a maioria das pessoas inquiridas no estudo 2 se sintam satisfeitas em relação ao lugar, alertamos que pode prender-se com o sentimento de pertença e identidade, prevalecendo sobre as suas características. Na verdade, a expressão da identidade (como função dos governos locais) é uma característica forte de vários sistemas, na medida em que expressa o lugar onde os cidadãos nasceram ou onde vivem. Dizer que se é de determinada aldeia, vila ou cidade pode ser uma fonte de orgulho. As forças de globalização são vistas por vários autores como ameaçadoras deste papel (Stoker, 2010). Questionamo-nos sobre que diferenças poderiam ter sido obtidas se as pessoas fossem inquiridas sobre o que poderia ser melhorado no seu bairro/freguesia de forma facilitar a sua vida/participação na comunidade.

Programas de Atividade Física para Pessoas Mais Velhas

Tendo em conta os resultados dos primeiros dois estudos, verificamos que nas pessoas mais velhas diminui a frequência com que praticam atividade física. Os governos locais podem reverter as tendências sedentárias através, não só da criação de programas de atividade física como também da implementação de políticas que estimulem e proporcionem oportunidades para estilos de vida ativos. Estas mudanças nas políticas locais são particularmente eficazes se se tornarem uma escolha fácil e, como diz Edwards e Tsouros (2006), se os decisores políticos tiverem em vista a capacidade dos residentes em participar nos programas de exercício físico. Ora, se por exemplo, uma hora de caminhada por dia parece ser suficiente para retardar a desmineralização óssea (Healthy Aging Project, 2007), facilitar andar a pé pode fazer a diferença. A prova disso são estudos como o de Hagstromer, Bergman, Bauman e Sjostrom (2006), na Suécia, que mostrou que o nível de atividade intensa diminui com o aumento da idade, enquanto a atividade moderada e a realização de marcha aumenta.

Em termos de projetos de atividade física, o *Programa de Gerontomotricidade* (3,4 no MALPA) existente em Coruche e o *Programa Atividade Física 55+* (3,4 no MALPA) de Oeiras fornecem exercícios específicos para idosos, controlados por profissionais especializados. No entanto, alcançam os *scores* mais baixos na categoria atividade física, pois nem todos os idosos podem participar devido à falta de capacidade de transporte ou financeira. Além disso, programas exclusivos para idosos correm o risco de afastar as pessoas mais velhas dos restantes elementos da sociedade, exercendo uma segregação através da idade. Por estes motivos, a

interpretação dos *scores* sugere que os programas exigem uma adequação ao “envelhecimento ativo”, que não categorize as pessoas com base na idade e os torne inclusivos. Por outro lado, as atividades para pessoas de todas as idades podem integrar e promover a inclusão dos idosos na sociedade, capacitando-os para a prática de estilos de vida saudáveis. Apesar de se terem identificado alguns programas promotores de inclusão, que favorecem as relações intergeracionais (*Mexa-se Mais* 3,7; *Programa de atividades de ar livre* 3,6; *Atividades Pontuais* 3,8), estas iniciativas exigem que se garanta a possibilidade de participação de todos os munícipes, independentemente da localização geográfica, disponibilidade financeira e problemas de saúde; reunindo as condições como os transportes e a informação/ divulgação em zonas mais distantes do centro urbano.

Programas no Âmbito do Turismo Sénior

A cultura comporta-se como um determinante transversal do “envelhecimento ativo”, acompanhando o indivíduo ao longo da sua vida. Entendemos, portanto, que se constrói, que evolui, e que o alcance de determinado patamar etário não altera por si só os interesses culturais da pessoa. Cabe aos interventores locais permitir a continuidade (ou mudança) dos hábitos culturais de todas as pessoas à medida que as limitações se instalam e manifestam.

Apesar das pessoas mais velhas possuírem mais tempo livre para viajar, de acordo com as estatísticas de turismo do Eurostat, em 2013, menos de metade da população da UE com 65 e mais anos participou do turismo (47,1%), comparado com 60,0% da população com 15 ou mais anos. Tal como acontece com outras faixas etárias, as possibilidades de desfrutar de viagens e turismo em idade avançada estão ligadas à disponibilidade de rendimentos. No entanto, entre as pessoas mais velhas da UE, as questões de saúde desempenham um papel ainda mais importante que as questões financeiras e há também uma proporção relativamente elevada de idosos que não têm qualquer motivação para viajar (Eurostat, 2015). O *Turismo Sénior* em Oeiras e o *Passeio dos Reformados* em Coruche (3,4 no MALPA) são exemplos de iniciativas que ajudam as pessoas a usufruir do seu tempo livre através de atividades turísticas, proporcionando viagens aos que não viajam espontaneamente. Contudo, tratam de programas com baixo *score* no MALPA por não serem inclusivos nem intergeracionais, tratando-se de viagens exclusivas para pessoas mais velhas, absolutamente posicionadas na idade. Além disso, sendo a saúde o principal influente da predisposição para viajar, estes programas afastam-se da perspetiva de “envelhecimento ativo” por não assegurarem as condições para que os mais frágeis e doentes usufruam destes momentos.

(Des)vantagens das Universidades Seniores e Associação Sénior

As preocupações em oferecer oportunidades para os residentes mais velhos se envolverem na comunidade debruçam-se, também, sobre os programas de educação ao longo da vida, proposta pelo ILC-Br (2015) como um quarto pilar do “envelhecimento ativo”. Os governos e as organizações locais podem facilitar e promover a participação dos mais velhos em programas educacionais, estabelecimentos de ensino, ações de formação, frequência de centros e organizações de base comunitária (Lehning, 2014).

A *ASSECOR* (Associação Sénior de Coruche) (3,1 no MALPA) cria oportunidades para a população se manter ligada à sociedade, ao organizar eventos culturais e procurar manter as pessoas ocupadas, ajudando ainda os mais vulneráveis a tornarem-se culturalmente ativos. À semelhança, as *Universidades Seniores de Oeiras* (3,3 no MALPA) concentram a maioria das atividades culturais, de ocupação e educacionais para os mais velhos, como a escolarização. São programas especialmente importantes para a parcela de população com nível de instrução mais baixo. Recordemos o estudo 1 ao mostrar que 8,3% não tinha completado nenhum grau de escolaridade, 49,6% apenas havia completado o primeiro ciclo e 10,6% o segundo ciclo. Também no estudo 2 a amostra era pouco escolarizada, principalmente nas mulheres e os indivíduos em idades mais avançadas: 6,9% não estudou e 38,1% frequentou apenas o primeiro ciclo. Além disso, vimos através das regressões lineares múltiplas que a escolaridade é uma forte preditora de outras variáveis como a facilidade com que o rendimento chega ao fim do mês, avaliação subjetiva da saúde, prática de atividade física, frequência com que a idade impede de fazer coisas que gostaria (estudo 2), limitação das atividades e satisfação com a vida (estudo 1).

No entanto, as iniciativas em análise não funcionam como programas de educação ao longo da vida, mas através de formação criada especificamente para a última fase da vida, o que é contraditório às exigências de um ciclo de vida flexível e de uma vida ativa mais longa. Ora, se a comunidade dispõe de estabelecimentos de ensino e formação, porque não podem os mais velhos frequentá-los ao invés de se criarem espaços exclusivos? Pensemos, também que, se nas idades mais novas o nível de escolaridade é maior, os próximos elementos muito idosos terão novas exigências educacionais, o que suscita dúvidas quanto à capacidade destas atividades suprirem as suas aspirações.

É nestes espaços e no âmbito destes projetos que decorre também a maioria dos programas de utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). Segundo Neves, Amaro e

Fonseca (2013), embora a literatura mostre que a idade é o principal preditor do uso de TIC por adultos mais velhos, no seu estudo a partir de uma amostra de idosos portugueses as principais razões para não se utilizarem são funcionais e de atitude, ao invés de físicas ou associadas à idade. Os indivíduos tinham uma perceção geral positiva das TIC e da importância das relações familiares e intergeracionais na adoção e utilização da tecnologia. Estas pesquisas caminham do sentido da importância dos programas de utilização das TIC, ressaltando os efeitos predominantemente positivos sobre a sociabilidade, o capital social e o bem-estar (Neves *et al.*, 2013). Por outro lado, analisando os dados disponibilizados pelo Eurostat, em 2014, mais de um terço da população da EU-28 com idade entre 65 e 74 anos utilizava a Internet pelo menos uma vez por semana (38%), valor que atingia apenas 7% em 2004. Desses 38%, 76% usava a internet diariamente, 25% para ler *sites* de notícias ou jornais, 23% para fazer compras online e 22% para aceder ao banco. Percebemos, então, que as TIC devem ser direcionadas para melhorar a autonomia das pessoas e facilitar o seu dia-a-dia, ao invés de investir na adesão a redes sociais, considerando que no mesmo estudo apenas 10% das pessoas com idade entre os 65 e os 74 anos participaram de redes sociais na Internet.

Apesar das potencialidades, a *Associação Sénior* e as *Universidades Seniores* correspondem aos programas com *score* mais baixo na categoria de cultura em Coruche e na categoria de educação em Oeiras. Por serem exclusivas para idosos e com eventos restritos ao centro urbano, estes programas limitam-se a uma minoria participativa, autónoma, sem limitações de mobilidade ou funcionalidade, que se desloca por meios próprios às instalações. Por se tornarem espaços impeditivos dos contactos intergeracionais, não assegurarem todas as condições de participação dos mais desfavorecidos e/ou isolados²⁵² e descorarem a segurança económica, estes projetos podem exhibir-se elitistas e afastados da perspectiva de “envelhecimento ativo”.

Na prática, verifica-se ainda que são os utentes destas universidades e associações seniores que usufruem dos restantes programas da comunidade, o que insinua a existência de um sistema de canalização da informação viciado, que chega apenas ao mesmo grupo de pessoas. Os resultados do estudo 2 reforçam esta reflexão ao apurarem uma baixa proporção de pessoas 65 que frequenta uma universidade sénior: 8,1% da amostra; e que frequenta uma associação: 8,8% da amostra, e no estudo 1, só 6,4% frequenta um curso de educação.

²⁵² A ASSECOR, em Coruche, tem um programa de transporte das pessoas mais isoladas para participarem nos seus eventos, mas o mesmo não acontece com as Universidades Seniores de Oeiras.

Para que as pessoas exerçam a sua participação cultural livremente, fazendo as suas próprias escolhas, são precisas infraestruturas acessíveis com programas diversificados, isto é, recursos que possam ser utilizados por toda a população. Falamos, por exemplo, dos *Museus, auditórios, centros culturais, centros de arte, livrarias, galerias, palácios* (3,7 no MALPA). De acordo com o estudo 2, a maioria das pessoas está satisfeita em relação à disponibilidade de locais para realizar atividades físicas, culturais e de lazer, bem como em relação à realização de atividades culturais e de lazer sozinho ou com outras pessoas.

Políticas de Aquisição e Adaptação das Habitações

Porque os adultos mais velhos passam uma boa parte do tempo em casa, a habitação desempenha um papel fundamental na sua qualidade de vida e saúde (Keyes *et al.*, 2014). Mas é ainda mais relevante tendo em conta que, cada vez mais, a maioria das pessoas idosas valoriza a sua independência e prefere continuar a viver nas suas próprias casas. Porém, envelhecer em casa requer unidades habitacionais adaptáveis às necessidades das pessoas à medida que envelhecem, capacitadas para acomodar uma variedade crescente de estilos de vida (Keyes *et al.*, 2014). Para oferecer às pessoas a possibilidade de envelhecer na comunidade, as estruturas habitacionais devem ser variadas, atendendo a necessidades, deficiências e rendimentos diferentes. De acordo com Lehning (2014), as características *age-friendly* na área de habitação incluem unidades de habitação acessórias, habitação sénior, habitação nova com características de *design* universal e assistência aos idosos para fazerem modificações na sua própria casa. As comunidades podem ser proativas na exigência de novas unidades habitacionais desenvolvidas com acessibilidade, que incorporem as características de *design* universal como a ausência de escadas, a colocação de corrimãos, portas largas, interruptores de luz localizados a um nível baixo (para utilizadores de cadeira de rodas), polibans, etc. (MetLife, 2013), que são importantes tanto para os que vivem na casa como para os que a visitam.

Na área da habitação, além de ser necessário combater a vulnerabilidade habitacional em que as pessoas vivem, que constitui um indicador de pobreza e exclusão social, precisa aplicar-se os princípios da habitação inclusiva, que passam pelo cumprimento das normas de acessibilidade e adequabilidade, bem como a eliminação de barreiras arquitetónicas; para que o domicílio seja coerente com o estado de saúde, adaptando-se às progressivas limitações físicas e funcionais. A pertinência destas considerações é evidente se olharmos para os resultados do estudo 2, recordando que a maioria (65%) vive num apartamento, 36,2% necessita subir muitas escadas em casa e 31,9% tem dificuldades na mobilidade e locomoção. Os efeitos das

intervenções e melhorias no setor da habitação dos mais velhos podem ser medíveis se considerarmos, por exemplo, os resultados do estudo 2 onde 54,9% das quedas ocorreu em casa e a maioria dos indivíduos que considerou a sua casa “degradada a precisar de grandes intervenções” sofreu pelo menos uma queda no ano anterior ao inquérito.

Em conformidade com estas diretrizes de proporcionar uma habitação condigna, a CMC apresenta o *Programa de Melhoria do Conforto Habitacional* (3,6 no MALPA) destinado a pessoas com necessidades económicas. Esta medida contempla a distribuição de materiais de construção para reconstruções específicas e para adaptação de casa em termos de assistência técnica devido a doenças.

Ainda que a maioria das pessoas inquiridas no estudo 2 tenha casa própria (77,5%), 16,2% vive em casa arrendada e 5,6% em casa de familiares. Os impostos elevados em determinadas propriedades / zonas podem limitar a criação de habitações acessíveis a indivíduos com baixos rendimentos e levar à construção de habitações inacessíveis aos mais velhos (Fitzgerald & Caro, 2014). Em termos de programas focados na aquisição de habitação, analisámos a *Aquisição e Arrendamento de Habitação* em Coruche (3,9 no MALPA) que facilita o arrendamento e compra de habitação destinados a todas as faixas etárias e *Realojamento* em Oeiras (3,9 no MALPA) que reside na atribuição de uma habitação pública mediante carência habitacional, social e económica de cada família. Refletindo sobre estas políticas sublinhamos a preocupação com processos estigmatizantes intrínsecos ao conceito de habitação social e bairro social, que levantam questões que cruzam com o envelhecimento populacional. Esta medida autárquica de Oeiras, efetua a substituição da nomenclatura para “bairros municipais de habitação”.

Institucionalização vs. Serviços de Apoio Domiciliário (SAD)

Para satisfazer a vontade da maioria das pessoas de envelhecer na sua própria casa, as comunidades necessitam, ainda, reunir outros requisitos. Além da garantia de condições de habitabilidade e bairros amigáveis, são necessários serviços ao domicílio intensivos, quer de cuidados sociais quer de saúde, que aumentem à medida que crescem as necessidades e dependência da pessoa (devidamente avaliadas). Estes serviços contribuem de forma significativa para a manutenção das pessoas mais velhas nas suas casas e comunidades. Nos dois municípios estudados, encontramos o *Projeto de Apoio Domiciliário* existente em Coruche (4 no MALPA) e o projeto *Oeiras está lá!* (3,9 no MALPA), que vão ao encontro destas medidas de *aging in place*, providenciando serviços gratuitos ao domicílio para a população

carenciada, de todas as idades, a nível de saúde, habitação e segurança. Neste setor de intervenção, também o *Projeto ELOS* (4,1 no MALPA) da Caritas Paroquial de Coruche se adequa às diretrizes do “envelhecimento ativo” e *aging in place*, por responder às necessidades da população na sua própria casa, embora detenha um caráter esporádico. Na prática, esta medida ajuda as pessoas mais velhas com dificuldades económicas com despesas de saúde, alimentação, pagamento de dívidas, entre outros.

Inerente aos domicílios, os sistemas de teleassistência precisam ser explorados, melhorados e disseminados. O *Serviço de Teleassistência Domiciliária de Oeiras* (3,7) dispõe de um atendimento permanente que pode melhorar a qualidade de vida e autonomia de todas as pessoas que vivam sós, independentemente da idade. Segundo Novo e Prada (2015), as pesquisas em torno destes serviços mostram que são utilizados essencialmente por mulheres de idade avançada (75+) e a residirem sozinhas. No seu estudo, as autoras concluem ainda que são pessoas com mais de quatro anos de escolaridade e com uma perceção razoável do seu estado de saúde, acrescentando que o nível de escolaridade influencia a verificação do funcionamento do aparelho. São conclusões a ter em consideração perante a alta proporção de pessoas com menos de 4 anos de escolaridade encontrada nos estudos 1 e 2. O uso destes serviços já deu provas de melhoria da perceção e condições de saúde das pessoas mais velhas, mas não se restringe aos cuidados de saúde. Além de colmatarem a solidão e monitorizarem o estilo de vida das pessoas mais velhas, a toma de medicação ou ocorrência de quedas, podem ser uma fonte de segurança e tranquilidade, tornando-as ativas no uso das novas tecnologias (Barrett, Thorpe & Goodwin, 2015).

A pensar nos mais velhos, as comunidades têm apostado na criação e equipamento de estruturas residência para pessoas idosas (ERPI) (que englobam os Lares e as Residências Seniores). Não contestemos que a institucionalização responde a situações de grande dependência, de incapacidade da pessoa viver na sua casa ou de familiares e, ainda, ao desejo da pessoa viver numa instituição, especialmente nas idades muito avançadas. Segundo os dados do Eurostat, a maioria das pessoas que vive em instituições tem 85 ou mais anos. Em 2011, a proporção de idosos na UE com idade entre 65 e 84 anos a viver em agregados familiares institucionais (instituições de saúde ou para idosos/ reformados) era de 1,7%. Entre aqueles com 85 ou mais anos o valor era sete vezes maior, atingindo 12,6%. A proporção de mulheres com 85 ou mais anos que vive num lar institucional (14,8%) foi consideravelmente maior do que a parcela correspondente entre homens (7,6%) (Eurostat).

Embora as ERPI, os Centros de Dia e de Convívio constituam respostas importantes em determinadas condições de saúde, sociais, habitacionais ou outras, o *score* 3,4 justifica-se por se tratarem de dispositivos não inclusivos e não intergeracionais, ainda que a natureza da resposta assim o exija. Por outro lado, a criação destas estruturas e o próprio funcionamento não consulta os beneficiários. São já muitos os estudos que apontam desvantagens da institucionalização. Alencar *et al.* (2012) dizem-nos que adultos mais velhos em regime de institucionalização tendem a apresentar valores indicadores de um possível quadro depressivo. Bandeira (2012) acrescenta que um dos fatores potenciadores desse quadro depressivo aparenta ser a frequência com que recebem visitas, já que as pessoas com menor contato com os familiares e/ou amigos mostram um maior nível de depressão e sentimentos de solidão. As pessoas idosas institucionalizadas revelam um desempenho cognitivo abaixo do que seria esperado para a idade e para o nível de escolaridade (Quadros *et al.*, 2008), sendo que o género feminino parece ser mais afetado (Alencar *et al.*, 2012). A existência de um quadro sugestivo de demência associa-se, também, a um nível de atividade física baixo das pessoas institucionalizadas (Quadros *et al.*, 2008).

A Aposta na Promoção da Saúde e Prevenção da Doença

As orientações para reduzir os fatores de risco associados às doenças e para aumentar os fatores de proteção ao longo da vida consideram todas as outras categorias desta análise, em termos de influências económicas, saúde pública e fatores ambientais, oportunidades para estilos de vida saudáveis em todas as idades e resiliência, através de comunidades centradas em atitudes e comportamentos positivos. Para tal, importa assegurar o acesso universal a serviços de saúde de qualidade e a medicamentos, desenvolver formação em geriatria e gerontologia, investir em tecnologias e prestar atenção a questões específicas como problemas de saúde mental, perda de audição ou visão. Reforça-se ainda a pertinência de desenvolver uma cultura de autocuidado, autogestão das condições de saúde e apoio aos cuidadores (necessária para se envelhecer em casa, exigindo especial atenção para as condições de trabalho dos cuidadores), considerando a impossibilidade de resposta da família (Bárrios, 2015).

As preocupações com a saúde da população que envelhece são evidenciadas na avaliação subjetiva da saúde dos estudos 1 e 2, com uma baixa proporção de pessoas que considera a sua saúde muito boa ou excelente, piorando com o avançar da idade. Em termos de políticas de saúde, temos assistido a uma transferência de responsabilidade de saúde pública das entidades de saúde para o controlo das autoridades locais. As organizações governamentais começam a

tornar-se o primeiro motor em relação à saúde pública. Uma tendência que favorece a criação de iniciativas nas quais as autoridades locais adotam um papel de liderança no desenvolvimento e implementação de abordagens comunitárias que, segundo Olshansky *et al.* (2011), devem ser baseadas nas características das populações, direcionadas para a promoção da saúde e prevenção da doença, focadas nos problemas crónicos e com o objetivo de comprimir a incapacidade num menor período de tempo no fim da vida. São orientações de extrema importância ao estarmos já cientes de que à medida que a idade avança aumenta a probabilidade de padecer de doenças crónicas, tal como reforçaram os nossos estudos. Quase metade da amostra do estudo 1 tinha doenças crónicas (46,1%) e apenas 8,1% da amostra do estudo 2 referiu não ter nenhum problema de saúde; aumentando a proporção de pessoas com doenças nas categorias etárias mais avançadas, sobretudo nas mulheres.

Os serviços de prestação de cuidados em termos de infraestruturas (Centro de Saúde e Extensões, 4,2 no MALPA) (Unidades de Cuidados Continuados, 4,3 no MALPA) (ERPI, Centros de Dia, SCMC, 3,7 no MALPA), embora apoiem as pessoas em estádios avançados de doença, pecam pela fraca aposta na colaboração e parcerias com outras entidades locais, pela limitação da participação e consulta da população, não existindo também um dispositivo capaz de monitorar idosos saudáveis e diagnosticar doenças precocemente, evitando a institucionalização prematura. Os desafios de saúde vividos pelos moradores mais velhos requerem uma oferta de melhor informação sobre os serviços, uma redução de custos como uma barreira por parte da população desfavorecida ou ainda um melhor transporte.

Se é verdade que as pessoas são cada vez mais saudáveis durante mais tempo, são as práticas salutogénicas, os serviços preventivos, a promoção de literacia e educação para a saúde, bem como as políticas de facilitação de estilos de vida saudáveis, que permitem às pessoas envelhecer em bons estados de saúde. Ainda assim, nas duas unidades territoriais não se encontrou nenhuma medida diretamente relacionada com os hábitos de risco: tabagismo, álcool, nutrição/desnutrição, quer do ponto de vista da monitorização quer da sensibilização.

Em termos de programas dirigidos à promoção de estilos de vida saudáveis destaca-se o *programa de atividade física por razões de saúde* (3,9 no MALPA) promotor de uma vida mais saudável para a população carenciada em Coruche. Em Oeiras os *Eventos com Vista à Promoção de Saúde e Estilos de Vida Saudáveis* (3,9 no MALPA), *Apoio/ Cooperação com Diversas Entidades de Saúde* (4,2 no MALPA) e *Oeiras Município Acessível* (4,4 no MALPA)

servem toda a população, ajudando as pessoas a manter-se saudáveis à medida que envelhecem, sem se inclinarem para o exercício da discriminação ou iniquidades intergeracionais.

Neste setor, estão ausentes programas relacionados com a alimentação, nutrição e hidratação, em termos de iniciativas específicas de intervenção nutricional e promoção de uma dieta saudável entre os idosos. Além de representar um alvo potencial de intervenção para reduzir gastos com saúde, estes programas melhorariam a qualidade de vida das pessoas, cujo potencial pode prevenir, retardar ou reduzir a carga de doenças crônicas que afetam os mais velhos (Madeira *et al.*, 2016). Estas críticas ganham sentido uma vez que as doenças frequentes exigem cuidados alimentares específicos: no estudo 2 as mencionadas mais mencionadas (48,8%), Colesterol (LDL) (32,5%) e Diabetes (23,1%); e no estudo 1: Diabetes (18,6%) e Problemas Digestivos (7,9%).

Projetos de Apoio à Gestão da Medicação

Se a longevidade se faz acompanhar de uma maior probabilidade de presença de doenças crônicas, as pessoas mais velhas são portadoras de um maior número de enfermidades, vivendo em condições de polimorbilidade, tal como vimos nos resultados estudo 1 e 2. Nestas circunstâncias, as pessoas idosas são também maiores consumidoras de medicação e muitos estudos mostram que são os maiores usuários *per capita* de medicamentos associados tanto a incapacidade física como mental. Note-se, por exemplo, que quase metade da amostra do estudo 2 toma medicamentos para dormir 43,1%. Fiavolá *et al.* (2005) referem que os problemas de farmacoterapia relativos às altas taxas de identificação de problemas associados à medicação entre idosos com condições crônicas estão já bem documentados. Na verdade, muitas vezes consultam diferentes médicos, não informam o médico de família sobre os medicamentos prescritos por outros especialistas, não cumprem as prescrições e usam uma série de automedicação (Waszyk-Nowaczyk *et al.*, 2016). O uso inadequado da medicação, assim como o uso de mais medicamentos que os que são necessários, por parte dos indivíduos mais velhos, é uma preocupação crescente. O estudo de Maher, Hanlon e Hajjar (2013) identificou algumas consequências graves associadas: *i*) maiores custos com cuidados de saúde do indivíduo e dos sistemas de saúde, proporcionado pelo aumento de consultas ambulatoriais e de hospitalização; *ii*) aumento do risco de efeitos medicamentosos adversos e interações medicamentosas; *iii*) não adesão à medicação associada à progressão da doença, falência do tratamento e hospitalização; *iv*) declínio da capacidade funcional e diminuição da capacidade de realizar AIVD; *v*) precipitação das quedas, associada ao aumento da morbilidade e mortalidade; *vi*) risco de

compromisso das capacidades cognitivas, incluindo o delírio e a demência; *vii*) problemas do trato urinário inferior como incontinência urinária nas mulheres idosas; e *viii*) alteração do estado nutricional como o risco de desnutrição.

Além de nomear estas consequências nefastas, a evidência diz também que o uso desnecessário de medicamentos pode ser melhorado através de intervenções de colaboração das farmácias com os serviços de saúde e organizações da comunidade, implementando programas de cuidados farmacêuticos ou aplicando o *Medication Appropriateness Index* (Maher *et al.*, 2013). Ordena, portanto, ao envolvimento e colaboração das farmácias da comunidade que, além de se comportarem como serviço de saúde de proximidade, sendo muitas vezes o ponto de contacto mais disponível de uma comunidade, estão bem posicionadas para desempenhar um papel de sinalização, beneficiando do conhecimento do capital social e financeiro dos seus clientes. No caso dos meios rurais precisa atravessar-se algumas barreiras como a distância e as opções limitadas de transporte (Martin, Baker & Piper, 2015). Sobre esta temática temos ainda a acrescentar que os programas que incidem sobre a gestão da medicação pelas pessoas mais velhas compreendem tanto o apoio financeiro e educacional como a monitorização.

Ainda que estes conhecimentos tenham vindo a crescer e a consciencializar os profissionais, na altura da recolha de dados deste estudo as farmácias contactadas nas duas unidades territoriais (Coruche e Oeiras) não apresentaram qualquer programa ou parceria colaborativa, quer a decorrer quer em projeto. Como programas no âmbito da medicação analisámos as *Medidas de Participação dos Medicamentos em Oeiras* (3,6 no MALPA) destinado a munícipes pensionistas do SNS e ADSE, com idade superior a 65 anos, abrangidos pelo regime especial de participação de medicamentos, portadores do Cartão Oeiras 65+. Apesar de se restringir ao apoio económico, este programa da CMO estabeleceu um protocolo com a Associação Nacional de Farmácias, sendo exemplo da colaboração e consciência dos benefícios do envolvimento de diferentes parceiros. Porém, constitui dos programas de *score* mais baixo por se posicionar na idade, sendo um programa direccionado para as condições económicas. Trata-se de um aspeto já refletido nesta discussão que, associa a idade a uma situação de carência financeira e afasta-se, simultaneamente, do indicador “consulta aos beneficiários”.

Programas Dirigidos às Pessoas com Doença Mental

Já não é nova a ideia nesta investigação que o “envelhecimento ativo” não discrimina idades, condições de saúde ou qualquer circunstância em que a pessoa se encontre. No que respeita aos

efeitos do processo de envelhecimento sobre os cuidados de saúde, estes são amplificados por um aumento desproporcional na demência, depressão e doença mental (Healthy Aging Project, 2007). Segundo Prince *et al.* (2016), as projeções epidemiológicas sobre a demência, incluindo as publicadas pela *Alzheimer's Disease International* (ADI), pressupõem que o envelhecimento da população por si só (aumentando o número de idosos em risco) impulsiona o crescimento dos casos de demência projetados. Embora a incidência decrescente possa ser equilibrada pela maior sobrevivência de pessoas com demência, é sabido que o envelhecimento da população parece destinado a desempenhar o papel mais importante. Os autores levam-nos, então, a pensar que os *policy-makers* devem ser prudentes na criação de serviços futuros e que as prioridades devem incluir o investimento na promoção da saúde cerebral, programas de prevenção da demência e monitorização.

Além das atividades de estimulação cognitiva ao longo da vida, relacionadas com a atividade física, cultura ou educação, compreende-se, assim, a importância da comunidade criar programas de diagnóstico precoce de demência, serviços de prestação de cuidados e de inclusão das pessoas com demência, bem como de formação e apoio a cuidadores (formais e informais). Segundo Amaro (2015), é fácil imaginar que os doentes de Alzheimer têm a qualidade de vida muito reduzida e representam um enorme encargo para as famílias e para a comunidade, sendo urgente que os países desenvolvam políticas públicas para fazer face ao problema. O projeto *Cuidar Melhor* (4,3 no MALPA) contribui para a inclusão das pessoas com demência, apoiando e valorizando os familiares e profissionais prestadores de cuidados, formação e sensibilização. O *score* elevado provém também da parceria entre a CMO e a iniciativa de Alzheimer Portugal, Fundação Montepio, Fundação Calouste Gulbenkian e Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica. Deste projeto resultou o *Café Memória* (4,2 no MALPA) dirigido para problemas de saúde específicos como a demência e cuidadores de pessoas com demência, obtendo também um *score* próximo do “envelhecimento ativo”.

Estes programas analisados fazem parte das medidas específicas para os problemas de saúde mental. No entanto, questionamo-nos quanto aos programas generalistas e ausência de preocupações para que se tornem inclusivos para estas pessoas. Estão igualmente ausentes as estratégias de formação, quer dirigidas às ERPI quer a cuidadores no domicílio.

Programas de Segurança e Segurança em Todos os Programas

A segurança constitui um dos pilares da estratégia de “envelhecimento ativo” e é descrita pelo ILC-Br (2015) como a mais fundamental das necessidades humanas. Fala-se de segurança na

sua perspectiva mais abrangente, que abarca a segurança física, social e financeira. Destaca-se também a segurança cultural, respeitante à preservação da identidade cultural, colocada em risco nas populações marginalizadas através de fenómenos de globalização e migração. São, assim, apreciadas medidas que *i)* protegem o direito à segurança básica e à dignidade de todas as pessoas (educação, saúde, habitação); *ii)* constroem ambientes seguros fisicamente; *iii)* atendem a opções de habitação e modificações que podem ser necessárias, tendo em conta condições de vida, saúde ou doença; *iv)* contribuem para a erradicação da pobreza, garantindo um rendimento de base em todo o curso da vida, sustentando políticas que reduzem as desigualdades económicas, reforçando o trabalho digno para todas as idades e garantindo a sustentabilidade dos sistemas de pensões através de elevados níveis de emprego (Bárrios, 2015; ILC-Br, 2015).

Os estudos 1 e 2 desta pesquisa reforçaram a importância das estratégias que permitem um envelhecimento com segurança económica, perante a proporção de pessoas cujo rendimento não chega ao fim do mês e indivíduos sem ajuda financeira caso necessitem. Também a segurança física foi já evidenciada nos estudos perante a proporção de pessoas que sofreu quedas. Na prática, uma sociedade envelhecida requer a existência de políticas focadas na promoção da segurança, através de medidas que garantam a qualidade da habitação, previnam lesões, promovam a qualidade ambiental e a prática de atividade física (Collins & Hayes, 2010), mas que também reduzam o crime, previnam e combatem a discriminação e violência, através de estratégias de sensibilização e sistemas de apoio às vítimas, que minimizem os danos a curto e longo prazo (Bárrios, 2015; ILC-Br, 2015). As diferentes organizações podem colaborar com as instituições de segurança pública para preparar a população mais vulnerável e proporcionar segurança contra a criminalidade. No entanto, o município de Coruche não apresentou qualquer programa desta natureza, tendo este estudo apenas analisado o programa *Seniores em Segurança*, fruto de uma parceria entre a CMO (Pólicia Municipal) e a PSP (3,8 no MALPA), que realiza sessões de esclarecimento numa perspetiva holística de promoção de segurança física, económica e psicológica. Ainda assim, este programa está sujeito a críticas por se dirigir em exclusivo às pessoas mais velhas.

Condições de Trabalho das Pessoas mais Velhas

O crescimento da longevidade veio perturbar a arrumação e organização do ciclo de vida na trilogia *i)* formação, *ii)* atividade, *iii)* reforma. “Constituem-se idades novas ao longo do ciclo de vida localizadas nas transições de uma fase do ciclo para outra” (Fernandes, 2016:21), devido

à entrada tardia dos jovens no mercado de trabalho, como consequência do prolongamento do tempo de formação e precariedade no início da atividade; e, no lado oposto, os indivíduos mais velhos têm dificuldades em manter o seu posto de trabalho (Fernandes, 2008).

No entanto, os percursos de vida são ainda muito caracterizados pela participação no mercado de trabalho. O trabalho assume uma centralidade por estar relacionado com as preocupações sobre os sistemas sociais e financeiros, devido ao peso significativo do envelhecimento demográfico nestes contextos críticos sociais e políticos. A reflexão sobre esta temática manifesta o desenvolvimento de estratégias para incentivar a manutenção e inclusão dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho, na medida em que o apoio à participação cívica e ao emprego permite que as pessoas continuem a contribuir para as suas comunidades após a reforma. Com efeito, uma comunidade *age-friendly* cria estratégias de adaptação ao emprego, reciclagem de conhecimentos e competências; bem como oportunidades de trabalho remunerado ou voluntário. A participação em atividades formais e informais é igualmente benéfica para as pessoas, sendo uma maneira de manter ou estabelecer relações com colegas e amigos, sentir respeito, estima e exercer competências. Conhecem-se alguns fatores-chave para permitir a participação das pessoas mais velhas na comunidade, como a diversidade, acessibilidade, sensibilização, incentivo, integração de gerações e culturas diferentes; bem como a informação e comunicação que assumem aqui um papel de destaque (WHO, 2007; Fitzgerald & Caro, 2014).

Tanto Coruche como Oeiras apresentam o Programa *Banco Local de Voluntariado* (3,5 no MALPA), sendo uma ramificação do Banco Nacional de Voluntariado. No entanto, em Coruche admite-se que o programa não tem voluntários com idade igual ou superior a 65 anos, beneficiando apenas os mais velhos como destinatários do trabalho de voluntários²⁵³. Na verdade, esperávamos encontrar na categoria trabalho medidas que permitissem, fomentassem e facilitassem o exercício de uma vida ativa como direito das pessoas mais velhas. Segundo Fernandes (2008), há uma tendência nos países desenvolvidos para a redução da atividade dos trabalhadores com 55-64 anos, bem como para a exclusão dos mais velhos do mercado de trabalho. Esta falta de atividade por parte dos mais velhos foi similarmente visível no estudo 1, com uma baixa proporção de pessoas com 50 e mais anos empregada ou a realizar trabalho voluntário/ de caridade e 23,3% das pessoas com menos de 65 anos já se encontrava reformada. Também 41,7% da amostra de pessoas com menos de 65 anos já estava reformada,

²⁵³ Em Oeiras não disponibilizavam desses dados atualizados na altura da realização do estudo 3

acrescentando que 61,9% da amostra não exercia qualquer atividade pós-reforma. Nos dois estudos verificou-se uma maior proporção de homens reformados em comparação com as mulheres. Ao lembrarmos-nos que são as mulheres que demonstram menor disponibilidade financeira, especulamos sobre uma possível necessidade de continuar a trabalhar por parte das mulheres.

Adequação dos Transportes Locais

Conhecer a forma como os indivíduos mais velhos se movimentam e os fatores que influenciam essas decisões é essencial no desenvolvimento de programas comunitários. Os veículos particulares continuam a ser o modo de escolha para a grande maioria dos adultos mais velhos, sendo uma tendência reforçada pelo desenvolvimento de novas tecnologias que melhorem a segurança dos veículos (Neal *et al.*, 2006). Mas o setor dos transportes produz fortes influências nas outras categorias de intervenção, se pensarmos que, perante a impossibilidade de conduzir, constitui o meio privilegiado de acesso aos serviços de saúde, recreativos, culturais, etc. No estudo 2 vimos que, embora quase metade da amostra se desloque no seu próprio carro, 27,7% utiliza os transportes públicos e 16,4% anda a pé. Além disso, concluímos que apesar da esmagadora maioria estar satisfeita em relação aos serviços disponíveis no lugar e à disponibilidade dos transportes públicos, os mais insatisfeitos eram os que usavam os transportes públicos (13,6% insatisfeitos) e os que andavam a pé (15,4% insatisfeitos). Eram também os mais velhos os menos satisfeitos com os transportes públicos.

Quando as pessoas deixam de poder continuar a conduzir um carro, os meios de transporte alternativos passam a ser do seu maior interesse. A gestão da mobilidade, a acessibilidade dos veículos, os descontos efetuados a pessoas com reduzida disponibilidade financeira podem melhorar a mobilidade (Lehning, 2014). Os governos locais e as organizações comunitárias, em parceria com empresas do setor dos transportes, podem dar passos recomendados pela literatura como a melhoria das estradas incluindo a visibilidade das marcações rodoviárias, o controlo da velocidade do tráfego em termos de ordenamento lento dos veículos, controlo da agressividade do ambiente urbano, garantia do cumprimento das regras de trânsito e pedonalidade; melhoria da acessibilidade e conforto dos transportes, paragens e travessia de peões. Em Coruche, identificámos os *planos rodoviários* (3,4 no MALPA) que circulam com frequência em períodos escolares, servindo essencialmente os estudantes, mas que são muito escassos nas férias escolares. A CMC preocupa-se em controlar a velocidade do tráfego, evitar as lombas e aposta nas passadeiras e sistemas semaforicos, assim como o alargamento dos passeios,

tornando-os acessíveis. Como exemplo de medida melhor pontuada no MALPA, o *serviço de transporte adaptado* (4,2) comportado pelo *programa Oeiras município acessível*, facilita a mobilidade e autonomia das pessoas com mobilidade condicionada, no acesso a diversos recursos comunitários, como estabelecimentos de ensino, serviços de reabilitação física e socioprofissional, oportunidades culturais e de lazer, entre outros. Preocupados com o isolamento das pessoas mais velhas num município tão extenso geograficamente, louva-se o *programa de transporte das pessoas mais isoladas, nos montes, de forma a participarem nas atividades da ASSECOR* (3,6 no MALPA), que beneficia de uma parceria entre a CMC e a empresa de transportes, para aumentar a participação social, cultural, educativa e recreativa.

A evidência sugere ainda uma gama mais ampla de medidas que comportam: *i)* a educação, sensibilização e avaliação dos motoristas para que estejam cientes dos cuidados a ter com os passageiros com deficiência ou limitações da mobilidade; *ii)* infoacessibilidade como o tamanho das letras nos sinais e indicações de destino, horários e paragens do transporte público; *iii)* simplificação das interseções, *iv)* comparticipação de serviços privados de transporte quando frequentados por pessoas mais velhas desfavorecidas para se deslocarem a tratamentos e consultas médicas, ou outros destinos relevantes.

CAPÍTULO 8 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÕES

Partimos de um conjunto de questões que colocámos no início desta pesquisa e que dizem respeito ao extraordinário aumento da longevidade humana, e dos seus impactos nas estruturas sociais. Vivendo hoje mais anos e atingindo idades mais avançadas, de que forma poderemos adequar os modos de pensar e agir para minimizar os impactos negativos do envelhecimento? Procurámos ainda analisar qual o papel que as organizações locais podem ter na promoção e criação das condições para o bem-estar das populações ao longo do processo de envelhecimento? De que forma as organizações locais promovem e criam as condições para um envelhecimento com bem-estar? E questionámo-nos, igualmente, sobre como poderemos melhorar as condições em que decorre o envelhecimento na comunidade?

Foi também ponto inicial da pesquisa o argumento de que o envelhecimento demográfico é de tal forma desafiador em termos de aumento da proporção de pessoas mais velhas e prolongamento do tempo de vida, com exigências de cuidados sociais e de saúde, bem como de manutenção da produtividade dos velhos na sociedade; que as respostas das organizações locais, na sua generalidade, podem apresentar dificuldades em satisfazer adequadamente todas as necessidades emergentes e não corresponder plenamente às aspirações da população mais velha, por contingências económicas, políticas, de (in)disponibilidade ou (in)adequação de recursos. Reconhecíamos, portanto, um desafio instalado sobre a necessidade de se ampliar a diversidade de recursos disponíveis à população mais velha, direcionados para a participação e capital social, condições ambientais, prática de atividade física, atividades culturais e educativas, condições habitacionais, cuidados de saúde, promoção de segurança, condições de trabalho e adequabilidade dos transportes, que influenciam o bem-estar das pessoas. Quer isto dizer que a maior heterogeneidade de situações sociais, económicas e de saúde das pessoas mais velhas requer uma atenção redobrada por parte das entidades prestadoras de serviços.

Ao longo desta pesquisa, o nosso objetivo consistiu em identificar e analisar estratégias e orientações políticas de apoio ao envelhecimento, tendo em conta as características e as necessidades da população mais velha, no sentido de informar e adequar as políticas sociais e responder de forma inovadora às exigências e desafios das sociedades maduras contemporâneas. Com o intuito de responder a este objetivo e de contribuir para a reflexão em torno das questões que colocámos, no itinerário que percorremos realizámos três estudos

distintos. Os três estudos assentaram numa proposta de abordagem integrada do envelhecimento, construída pela combinação das perspetivas de “envelhecimento ativo”, governança local, satisfação com a vida e práticas participativas, que consideram a visão das pessoas mais velhas. O *estudo 1* consistiu na caracterização da população portuguesa com 50 e mais anos, em termos de condições de envelhecimento, a partir da análise dos dados do SHARE. No *estudo 2* aplicámos um inquérito a uma população com 65 e mais anos, nos municípios portugueses Coruche e Oeiras, permitindo resumir as principais condições de bem-estar no envelhecimento. No *estudo 3* procedemos à análise de programas locais dirigidos ao envelhecimento, nos mesmos municípios em que decorreu o estudo anterior (Coruche e Oeiras); construímos e aplicámos um instrumento que designámos MALPA (*Model for Aging Local Policies Analysis*), permitindo avaliar programas/organizações/comunidades, através do cálculo de *scores*, sob a perspetiva do “envelhecimento ativo”.

Apesar de, cada vez mais, se apostar numa visão holística que caracteriza o “envelhecimento ativo”, reconhecendo uma perspetiva de mudança em relação à velhice, com as abordagens políticas de “envelhecimento ativo” a ganharem adeptos, concordamos com Walker e Maltby (2012) quando diz que o seu potencial não tem sido suficientemente compreendido pelos políticos que conduzem à sua implementação. Ainda que o “envelhecimento ativo” esteja presente na UE há mais de uma década, os instrumentos de política não correspondem à abrangência do paradigma. Walker (2008) sinaliza vários fatores que podem explicar estas limitações: *i*) intervalo de tempo entre o desenvolvimento e a implementação de qualquer abordagem política global; *ii*) o objetivo central da UE é o emprego; *iii*) o vasto âmbito de ações necessárias para concretizar a estratégia é difícil de contemplar; *iv*) compreensão limitada do conceito e do seu potencial para resolver muitos dos problemas associados com o envelhecimento da população. Existem vários condicionantes, contingências e aspetos que constituem ou podem constituir barreiras à implementação de projetos de “envelhecimento ativo” e à criação de ambientes e cidades *age-friendly*. March e Lawer (2014) dividem estas barreiras em físicas e políticas. As barreiras físicas estão enraizadas no ambiente construído enquanto as políticas nas instituições políticas. Algumas barreiras podem residir nas investigações e progresso das políticas, necessitando de mecanismos de monitorização e avaliação. Daí que tenhamos criado e aplicado o instrumento MALPA, contribuindo para a melhoria da compreensão do conceito e sua aplicabilidade, podendo eliminar alguns dos obstáculos mencionados.

O MALPA possibilitou a análise sistematizada das políticas de envelhecimento ao nível local, de forma a facilitar a identificação de boas e más práticas, sob o ponto de vista do “envelhecimento ativo”. Viabilizou a determinação dos eixos prioritários de intervenção, no sentido de adequar ou corrigir as medidas e recursos que a governança local coloca ao dispor da população. Pode, portando, constituir uma alavanca para a mudança na direção de boas ações baseadas nas orientações internacionais, que envolvem a participação e autonomização dos cidadãos e as responsabilidades das instituições. A relevância deste estudo estende-se ainda à capacidade de orientar os interventores na seleção dos programas propostos pela sociedade civil, tendo em conta que parte dos programas de envelhecimento nasce na comunidade. A grelha de análise é passível de aplicar por investigadores e interventores locais, tem um carácter objetivo e o seu emprego é viável em diferentes comunidades/ municípios.

Tendo em conta a natureza da informação e a pretensão de compreender profundamente cada estratégia, o *estudo 3* beneficiou de um dos ângulos possíveis, o das organizações. Todavia, reconhecendo que as orientações da OMS inerentes à promoção de um “envelhecimento ativo” apelam também a uma responsabilidade individual, a discussão do *estudo 3* constituiu-se como uma análise integrativa, contemplando os resultados dos *estudos 1* e *2*. Esta conjugação permitiu apurar fatores relacionados com a (des)necessidade de criação de programas, motivos relacionados com a (não)adesão aos programas, que depende da vontade e da liberdade das pessoas. Pudemos, ainda, refletir sobre o acesso aos recursos, considerando os custos inerentes e as condições necessárias para a inclusão de pessoas economicamente desfavorecidas, isoladas ou doentes.

Adotámos, notadamente, um sentido crítico que destaca os programas mais desadequados, com o objetivo de os direcionarmos para a mudança, melhoria e adequação às características populacionais. No entanto, reconhecemos o esforço das organizações locais nas duas unidades territoriais selecionadas, revelador de preocupação e conhecimento de muitos desafios impostos pelo envelhecimento dos seus munícipes. Além disso, consideramos que a disponibilidade e colaboração com a presente investigação demonstra uma abertura à governança por parte dos governos locais. Paradoxalmente, esta abordagem confronta-se com um momento em que os recursos das autoridades locais são reduzidos e limitados, obrigando-as a restringir os seus serviços para os que mais precisam e cuja capacidade de atividade é mais restrita (Lloyd *et al.*, 2014). De facto, orçamentos municipais apertados podem ser um sério obstáculo. O problema do financiamento público é particularmente grave quando os governos são desafiados não só

pelo declínio das receitas, mas também pelo aumento da procura de serviços. Nestas circunstâncias, em que os recursos públicos para a implementação de novas iniciativas são escassos, as iniciativas podem ser concretizadas com o apoio de entidades não-governamentais e conduzidas numa escala modesta. A solução passa pela conjugação de esforços entre as entidades que compõem a governança local, alargando os horizontes em termos de financiamento, podendo recorrer-se a fundos públicos atribuídos para fins específicos e usufruir das atividades de voluntariado (Fitzgerald & Caro, 2014).

Manter a autonomia e a independência ao longo do processo de envelhecimento é um fator-chave tanto para os indivíduos como para os decisores políticos. De facto, embora na velhice as perdas tendam a alargar-se e os ganhos a diminuir, acredita-se que esta dinâmica pode ser atenuada pela promoção de um envelhecimento baseado no conceito de “envelhecimento ativo”. Da realização dos três estudos concluímos que há necessidades ao nível da intervenção, que podem não ser visíveis num primeiro olhar sobre as sociedades envelhecidas, mas que são evidenciadas pela análise pormenorizada das condições de envelhecimento. Estas necessidades são consequentes de influências que ocorreram ao longo dos tempos nas sociedades e precisam ser repensadas sob o ponto de vista da intervenção política. Ainda que não existam paradigmas perfeitos, os desafios exigem inovação. Para isso, há um manancial de informação disponível que se traduz em estudos publicados e dados estatísticos (internacionais, nacionais e locais), que podem ser utilizados como suporte das decisões políticas e que, cremos, melhorariam a adequabilidade e potencialidade dos programas. A complexidade inerente obriga a um entendimento profundo que remete para diferentes níveis de reflexão por parte dos *policy-makers*. No eixo de sugestões, as organizações da comunidade terão, agora, à sua disposição o instrumento MALPA como meio de avaliação e análise das suas próprias ações e estratégias, tomando como exemplo as duas unidades estudadas nesta pesquisa.

a) LIMITAÇÕES DO ESTUDO

No seu conjunto, a realização dos três estudos autónomos que a investigação compreendeu, permitiu aprofundar conhecimento suficiente para uma reflexão em torno das condições de vida e necessidades das pessoas que envelhecem, bem como dos recursos locais disponíveis em dois municípios. Embora se tenham cumpridos os objetivos propostos, identificamos diversas limitações à pesquisa realizada, passíveis de considerar em investigações futuras.

A população inquirida no *estudo 2*, apesar deste se ter realizado a partir dos municípios em estudo, não residia na totalidade nos dois concelhos selecionados. Assim, não correspondiam exatamente aos possíveis beneficiários dos programas especificamente analisados no *estudo 3*. Inquirir a população residente nos municípios em análise, participante e não participante dos programas analisados, poderia fazer diferir os resultados e permitir uma melhor articulação de informações.

Quanto ao instrumento MALPA, embora tenha permitido reduzir a subjetividade, quantificando a análise dos programas, e se tenha procedido à sua validação de construção e conteúdo através de uma metodologia rigorosa, a sua aplicação não foi validada previamente, funcionando o *estudo 3* como estudo-piloto da aplicação do modelo, servindo para determinar prioridades e facilitar a elaboração de orientações. Contudo, a avaliação e análise das políticas de envelhecimento defronta-se com dificuldades complexas, intrínsecas à heterogeneidade na operacionalização do modelo, tendo em conta as diferentes formações e funções dos aplicadores. Além disso, alguns autores referem que a implementação e avaliação de tais programas são, necessariamente, a longo prazo, e, portanto, altamente complexas (Caprara *et al*, 2013). Estas considerações remetem para o reconhecimento de que o modelo precisa ser testado em várias realidades. Até porque precisamos perceber o nível de aceitação ou rejeição do instrumento por parte dos *stakeholders*. Só a sua aplicação por parte de interventores locais permitirá reforçar a utilidade do instrumento, assumindo que pode vir a sofrer alterações internas relativas a um aprofundamento teórico dos componentes.

A partir desta experiência piloto de aplicação do MALPA, como lhe podemos agora chamar em jeito de crítica, pensamos que devemos repensar a inclusão de três dimensões ou indicadores.

- I) A perspetiva de género exige especial atenção, na medida em que, como confirmámos nos estudos 1 e 2, homens e mulheres apresentam necessidades e preferências diferentes, bem como distintos níveis de adesão a programas estruturados. Se as mulheres estão, geralmente, mais interessadas em participar em ações de grupo, estruturadas, quanto aos homens é preciso perceber se os recursos locais facilitam as formas de envelhecer ativas, individuais e autónomas.
- II) As doenças mentais / demência podem ser propostas como um indicador, uma vez que há particularidades a respeitar na criação de um programa *dementia-friendly* e o indicador *inclui pessoas com problemas de saúde ou funcionalidade* remete, principalmente, para a saúde física.
- III) A conquista de altos *scores* no indicador objetivos pela maior parte dos programas analisados revelou que os objetivos propostos foram atingidos. Contudo, a sua formulação

afastava-se do paradigma de “envelhecimento ativo” enviesando, assim, os nossos resultados. A dimensão avaliação deve ser focada não apenas no facto de atingir ou não os objetivos, mas estender-se à compreensão da formulação de objetivos, que poderá ajudar a identificar bloqueios e características (in)adequadas dos programas.

Por último, temos consciência de que, em termos organizacionais, muitos obstáculos podem ser difíceis de identificar e contornar. Os modelos hierárquicos e a inércia à mudança podem constituir uma barreira à adequação e inovação das respostas dirigidas ao envelhecimento. Pensemos, por exemplo, nos processos decisórios e na dificuldade de se identificarem atores responsáveis pela tomada de decisão. Em pesquisas desta natureza, cremos que investigar as perceções dos interventores, locais e centrais, permitirá a aquisição de informação sobre a forma como se tomam decisões. Note-se que, para que se possa criar um ecossistema colaborativo, os atores precisam estar em sintonia nos seus objetivos, sendo importante perceber se as perceções e conceções dos interventores são ou não diferentes das necessidades e preferências da população. Conhecer a orientação dada às políticas sociais dirigidas ao envelhecimento implica, portanto, compreender de que forma os vários atores se comportam nas fases do processo de formulação de políticas, isto é, *i*) como identificam o problema e de forma é que este dá entrada nas suas agendas; *ii*) em que assenta a tomada de decisão, formulação de alternativas e propostas, o que os leva a seleccionar uma medida em detrimento de outras; *iii*) que estratégia de implementação preveem; e *iv*) o que os leva a considerar ou não o envolvimento de outros parceiros.

b) IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A riqueza da informação proveniente da análise das políticas e das características da população, quer do SHARE quer do inquérito aplicado, foi conduzida no sentido de perceber a eficácia ou ineficácia das políticas existentes. Aqui chegados, foi possível fazer um esboço que sinaliza alguns eixos (necessários) de mudança das políticas dirigidas ao envelhecimento, e tecer algumas recomendações. Sob o título de implicações para a prática, neste último ponto conclusivo, será, então, apresentada a componente interventiva de aplicação do conhecimento produzido que esta investigação abraçou. Procurámos delinear condições de implementação ou adequação dos programas a um “envelhecimento ativo”, nas unidades locais estudadas.

Depois de concebermos algumas diretrizes centrais, na maioria generalistas e derivadas da discussão conjunta dos três estudos, no final desta conclusão encontraremos oito grelhas de

sistematização de propostas de correção, adaptação e aproximação dos programas analisados às características da população portuguesa com 50 e mais anos (*estudo 1*), da população com 65 e mais anos inquirida no *estudo 2* e na ótica da perspectiva integrada das políticas de envelhecimento. As considerações são dirigidas às organizações locais (governamentais, privadas e da sociedade civil), funcionando como *guidelines* relativas à promoção de um envelhecimento com bem-estar ao longo da vida, capaz de satisfazer as necessidades e aspirações da população que envelhece.

Investir em Parcerias entre o Governo Autárquico, as Organizações Comunitárias e as Empresas Locais

Retomemos o discurso sobre os meios de atuação e de formulação de políticas. Integradas no conjunto de interventores locais, as organizações públicas, privadas e da sociedade civil precisam conhecer-se enquanto entidades, atores, valências, recursos e interesses para que a colaboração seja possível. Esta orientação é, especialmente, importante no que respeita à identificação dos recursos privados de cada município, por consistirem nos elementos menos envolvidos no processo de governança, nas unidades territoriais estudadas. Estando identificada a fraqueza de ações de colaboração, considera-se relevante a realização de um diagnóstico dos motivos e identificação dos obstáculos nas comunidades. É no âmbito destas recomendações que se reforça, mais uma vez, o papel dos governos locais na manutenção do bem-estar das pessoas à medida que envelhecem, devido à sua proximidade e capacidade de mobilizar recursos e atores. Na sua atuação, lembre-se que não são os únicos responsáveis pela criação de características *age-friendly*, mas as suas políticas, programas e infraestruturas são passíveis de complementar os esforços de outras entidades, incluindo as instituições do Estado, as organizações sem fins lucrativos e as empresas privadas, salientando-se o seu potencial como coordenador e impulsionador de atuações em rede.

Tratam de orientações em irradiação pelos países desenvolvidos na procura de respostas para o aumento das coortes mais velhas. Solicita-se aos governos locais que intensifiquem as suas interações com os prestadores privados e sem fins lucrativos do seu território, a fim de maximizar a acessibilidade da prestação de serviços (sociais, de saúde, recreativos, culturais, de educação, de participação...) ao maior número de cidadãos. No entanto, Corte e Verschuere (2014:1012) questionam-se “até que ponto a realidade empírica em termos de perceções dos decisores das ONG e das relações com o governo local, oferecem um terreno fértil para implementar estas ideias”. Posto isto, consideramos uma diretriz essencial o diagnóstico das

percepções dos decisores políticos, das organizações comunitárias e das empresas privadas, bem como as ações de informação e formação no que respeita às possibilidades, formatos, benefícios e valências das ações de governança local. Para tal, as autarquias devem concentrar-se nas vantagens e oportunidades que a adaptação ao envelhecimento dos seus munícipes acarreta, como a atração do turismo e visitantes, e residentes de longa duração em ambientes facilitadores da convivialidade. Além disso, melhorar a autonomia e funcionalidade dos mais velhos permite a sua participação em eventos municipais, como temporadas festivas atrativas de visitantes.

Envolver as Pessoas Mais Velhas na Formulação, Implementação e Avaliação dos Programas

A fraca participação e consulta das pessoas mais velhas no processo político, já discutida nesta investigação, leva-nos a conceber orientações futuras. I) Identificar os obstáculos e entraves presentes nos dois municípios ao envolvimento das pessoas mais velhas no processo de formulação de políticas. II) Conhecer as percepções dos representantes políticos e institucionais em termos de importância e benefícios de envolver os mais velhos no desenvolvimento dos programas, aumentando a adequabilidade às suas necessidades e capacidades. Perceber se estão disponíveis a aceitar a partilha de responsabilidades e se conhecem a importância destas colaborações com os indivíduos. III) Encorajar os cidadãos mais velhos, responsabilizando-os pelas ações políticas.

É sobre este indicador que nos faz sentido chamar a atenção para a consulta das pessoas mais isoladas e menos participativas. Só identificando e auscultando estas pessoas se poderá repensar as estratégias e melhorar os resultados. Apostar nesta abordagem exige ainda uma maior dedicação à informação, sensibilização e formação das entidades públicas, privadas e da sociedade civil acerca das suas potencialidades.

Políticas para Todas as Idades, que Combatam os Estereótipos Negativos em Relação aos Mais Velhos e Promovam os Contactos Intergeracionais de Forma Natural, Sem Segregar Nem Infantilizar

A criação de políticas tem inerente uma categorização de setores de intervenção e grupos beneficiários, o que pode remeter para uma tendência de segregar. Ressaltámos ao longo desta pesquisa que a ideia do “envelhecimento ativo” pode ser entendida como uma contra-tendência à segregação das pessoas mais velhas na vida pública, como meio de maximizar a saúde e independência, garantindo que são capazes de contribuir para a vida social e económica. Estas

linhas orientadoras são dirigidas a uma grande parte dos programas locais analisados por assentarem em categorizações que, facilmente, escorregam na segregação.

Um envelhecimento com qualidade de vida exige uma preparação o mais precoce possível, com oportunidades de melhoria do bem-estar ao longo de todo o ciclo de vida. As ações políticas são um mecanismo para garantir oportunidades para que os cidadãos de todas as idades participem em atividades da sociedade através de vidas ativas, não só na cidade, mas também nos espaços rurais. É essencial adotar comportamentos que garantam a todos os cidadãos a mesma oportunidade de participar nos programas de atividades físicas, culturais, sociais e de lazer, independentemente da idade, sexo, *status* social ou capacidades (Edwards & Tsouros, 2006). Com efeito, as políticas dirigidas a um envelhecimento com bem-estar, que abraçam o paradigma de “envelhecimento ativo”, envolvem a criação de programas que beneficiam todas as idades. Ao invés de um discurso focado em políticas específicas para idosos, como verificado numa série de programas analisados em Coruche e Oeiras, é importante que os formuladores de políticas adotem uma abordagem holística, posicionada nos direitos, necessidades e preferências das pessoas; e jamais na idade. O poder destas estratégias estende-se a uma contribuição para o entendimento do envelhecimento como processo de transformação de um estado de exclusão para um estado de integração, onde prevalece a igualdade social. Estas orientações são válidas para os programas culturais e educativos no que respeita às Associações e Universidades Seniores, na medida em que a educação deve ser perspectivada ao longo da vida, os espaços exclusivos a pessoas mais velhas tornam-se contraproducentes.

Os comportamentos e as práticas de discriminação dos idosos, além de injustas podem conduzir a um desperdício de recursos. O apelo que aqui deixamos é feito no sentido da facilitação de contactos intergeracionais de forma natural. Trata de uma perspectiva de ação pública capaz de produzir efeitos positivos a outros níveis de análise. Segundo Amaro (2015), existem barreiras sociais com um impacto negativo na implementação das políticas: *i)* atitudes sociais perante a idade; *ii)* estereótipos sobre as pessoas idosas; *iii)* discriminação social de que são vítimas as pessoas mais velhas. O autor esclarece que as atitudes negativas constituem um obstáculo à qualidade de vida, podendo igualmente contribuir para estados depressivos. Inversamente, as atitudes positivas influem na qualidade de vida e na longevidade. Torna-se necessário vencer algumas barreiras enraizadas na sociedade, relacionadas com o preconceito a respeito da idade e com a consequente discriminação dos mais velhos (Amaro, 2015). Este raciocínio reforça a orientação aqui apresentada quanto à rejeição de políticas posicionadas na idade.

Dissociar a Idade das Dificuldades Económicas

Iremos aqui, diretamente aos programas que sugerem uma generalização da pobreza posicionada na idade. Embora grande parte da população mais velha possa viver em situações de precariedade económica, a idade, por si só, não corresponde a uma situação de insuficiência financeira. Os programas de apoio a situações desfavorecidas devem ser focados nas capacidades económicas, ajudando as pessoas carenciadas a envelhecer melhor, de todas as idades, através de um suporte local abrangente, direcionado para os mais vulneráveis. Estas ações dirigidas a problemas económicos podem ser potenciadas e otimizadas por colaborações entre o maior número de parceiros locais, capazes de contribuir com donativos e ações de voluntariado.

Articular os Serviços de Saúde na Governança Local, Otimizando os Cuidados de Saúde Preventivos

Apesar das tendências de prevalência das doenças crónicas e de dificuldades aumentarem com a idade, outras dimensões estão envolvidas. Importa considerar os aspetos comportamentais e ambientais, relacionados com as características das comunidades, em termos de oportunidades e fatores de risco a que as pessoas estão sujeitas, ao longo do ciclo de vida. A adoção de práticas e estilos de vida saudáveis pode prevenir a prevalência ou atenuar severidade de problemas de saúde, mesmo na população mais velha. Nesta perspetiva socioecológica, a eficácia das respostas políticas dirigidas aos problemas de saúde decorrentes do envelhecimento passa pela facilitação de práticas salutogénicas, com objetivos preventivos. Ergue-se, aqui, a primeira orientação de saúde. Não subestimar o potencial das estratégias preventivas que incentivam não só a prática de atividade física, mas também alimentação saudável, estimulação cognitiva e intelectual, preventivas de problemas de saúde mental. A adoção de pequenas mudanças para estilos de vida saudáveis, mesmo aos 65 anos, mostram melhorias significativas no estado de saúde das pessoas idosas, capazes de adiar processos demenciais e melhorar condições decorrentes de doenças físicas, permitindo resultados mais positivos de saúde (COM, 1999).

De acordo com Kenzer (1999), a política de saúde deve ser vista como um conjunto de processos que aumenta a consciência, a participação e a mobilização da comunidade, desenvolvendo os papéis do governo local na saúde pública para incentivar toda a política municipal. Várias iniciativas podem melhorar a organização dos serviços de saúde, apostando na cooperação entre as organizações públicas e privadas envolvidas na prestação de serviços

sociais e de saúde (Fitzgerald & Caro, 2014). I) Melhorar o sistema de informação e clarificação dos serviços de saúde existentes, potenciando a sua utilização adequada. II) Assegurar a eficácia dos transportes em termos de circuitos que permitam o acesso de todos os indivíduos aos diferentes serviços de saúde. III) Investir em serviços domiciliários e comunitários com programas preventivos de saúde, informações em formato telefónico, *online* ou impresso. IV) desenvolver programas que prestem serviços jurídicos, cuidados voluntários (com recurso a parcerias com as organizações da sociedade civil e empresas locais) e serviços de saúde mental (Lehning, 2014). V) Investir em programas promotores de estilos de vida saudáveis entre a população mais velha, que fomentem não apenas a prática de atividade física, mas também relativos à nutrição, aconselhamento de alimentação relacionada com as doenças mais frequentes (HTA, Diabetes, Colesterol, problemas digestivos...). VI) Neste setor, salienta-se a importância da sensibilização e responsabilização do cidadão e comércio da comunidade, capazes de atuar em governança colaborativa em resposta às necessidades de consumo relacionado com a saúde. Além disso, devemos refletir também sobre questões como o acesso a superfícies de venda de produtos alimentares bem de primeira necessidade, por parte da população mais velha, tendo em conta o declínio do comércio local.

No âmbito das estratégias de colaboração, no setor da saúde, dirigimos ainda uma orientação no sentido de investir na colaboração das farmácias com os serviços sociais e de saúde, na gestão de medicamentos. Destas colaborações poderão ser criados serviços de gestão de medicamentos, envolvendo as farmácias da comunidade articuladas com os recursos existentes, monitorizando, sinalizando e encaminhando as pessoas para os serviços adequados.

Garantir a Adequabilidade dos Programas às Pessoas com Doenças Físicas e Mentais

Embora as gerações de idosos sejam cada vez mais saudáveis, o aumento de pessoas muito velhas ampliará a proporção de pessoas com doenças físicas e mentais. Assim, podem criar-se projetos que permitam a manutenção das pessoas com doença física e mental o mais tempo possível integradas na comunidade, permitindo a sua participação na sociedade. Tornar os programas generalistas inclusivos, passa por estratégias de formação e adaptação dos serviços (comércio local, farmácias, serviços sociais e de saúde, transportes...), tornando-os não só *age-friendly* como também *dementia-friendly*.

Referimo-nos a uma aposta na mudança de paradigma de prestação de cuidados para uma abordagem centrada na pessoa, investindo também nos serviços especializados para

determinados problemas de saúde, desenvolvendo serviços de formação de profissionais, quer a exercer atividade em ERPI quer em serviço de apoio domiciliário. As diretrizes passam, então, por melhorar o acesso aos cuidados de saúde formais para todas as idades, adequar os serviços de prestação de cuidados aos mais frágeis e vulneráveis, tendo em consideração a (in)capacidade da família. Trata-se da articulação de serviços de cuidados públicos, voluntários, privados e de apoio à prestação de cuidados por familiares.

Programas Culturais e de Educação ao Longo da vida

A cultura e educação consistiram nas categorias que obtiveram menor *score* no MALPA nas unidades locais estudadas. Sendo a cultura um determinante transversal, as políticas culturais precisam fomentar e garantir as condições para a manutenção/ envolvimento em atividades ao longo da vida, acompanhando as suas exigências e vontades. Além disso, se o modelo de organização das sociedades não se organiza mais em educação, trabalho e reforma, mas num curso de vida flexível, alargado e intermitente entre períodos de educação e trabalho, os programas do setor de educação devem focar-se nas oportunidades de atualização e desenvolvimento de competências ao longo da vida. Com efeito, estas atividades poderão decorrer em espaços e edifícios intergeracionais, não sendo dirigidas para grupos etários específicos, mas distribuídas por interesses culturais e educativos.

Ainda assim, e assumindo os reduzidos graus de escolaridade da população analisada nos estudos 1 e 2, especial atenção pode ser dirigida aos grupos mais velhos, no sentido de garantir a infoacessibilidade. Quanto ao avanço da tecnologia e utilização das TIC, Neves *et al.* (2013) defendem que medidas desta natureza podem contribuir para que a falta de competências digitais não exclua os adultos mais velhos, reduzindo as desigualdades baseadas na idade, através do estabelecimento de estratégias de e-inclusão. Os autores referem-se a cursos de capacitação adaptados aos adultos mais velhos, bem como políticas públicas que facilitem o acesso a tecnologia, apontando dois exemplos: *i)* a disponibilidade de computadores com internet em centros comunitários; *ii)* programas com condições especiais para pessoas financeiramente desfavorecidas para aquisição de computadores e acesso à internet.

Repensar o Apoio ao Associativismo e a Realização de Atividades de Grupo

Transversal a todos os programas dirigidos ao envelhecimento, surge uma questão a debater que circunda o estruturamento das atividades e a realização das mesmas em grupo. A participação em atividades de grupo ajuda a manter o cérebro saudável e ativo na vida adulta e,

no que respeita ao exercício estruturado, pode melhorar os aspetos de bem-estar psicológico como o humor e a auto-perceção nos adultos mais velhos (Deeming, 2009; Fratiglioni, Paillard-Borg & Winblad, 2004; Van Gelder *et al.*, 2004).

Com a sua revisão sistemática, Cattan, White, Bond e Learmouth (2005) concluíram que as intervenções de promoção da saúde, nomeadamente intervenções grupais de atividade educacional e social que visam grupos específicos, podem prevenir o isolamento social e a solidão entre os idosos. A prevenção e/ou combate ao isolamento assume um valor acrescido quando se fala em envelhecimento, perante a maior propensão das pessoas mais velhas para viverem sozinhas (de acordo com os dados do Eurostat) e para a redução da rede social (tal como se verificou no *estudo 2*). Esta informação leva-nos a refletir sobre a pertinência das estratégias estruturadas promotoras de convivialidade, considerando que quanto maior era o número de pessoas com quem os inquiridos conversam todos os dias maior era a sua satisfação com conversar com familiares, vizinhos ou amigos (*estudo 2*).

Todavia, discutimos já a baixa proporção de pessoas que participa em programas de atividade física estruturados, bem como os motivos apontados. Também em relação aos programas de ocupação, culturais ou educativos, a adesão foi reduzida. No *estudo 2*, a maioria não participa em qualquer programa cultural ou recreativo estruturado, por ser autónomo e organizar as suas próprias atividades culturais, desconhecer, não querer ou não ter interesse. As pessoas ocupam-se, essencialmente, a ler, a realizar jogos sociais, de números ou de palavras (*estudo 1*), a conviver com a família/ amigos, a ver TV, a ouvir rádio, com tarefas domésticas, a ler e a passear a pé (*estudo 2*). Por conseguinte, propõe-se repensar as estratégias de incentivo à população mais isolada socialmente para participar nas atividades estruturadas, bem como ter em mente que uma grande parte da população não se envolve neste padrão de iniciativas.

No mesmo eixo argumentativo, propomos ainda reconsiderar o apoio ao associativismo como estratégia dirigida à participação da população mais velha. A tendência para a diminuição da participação em associações à medida que se envelhece suscita questões quanto ao contínuo investimento nas associações. Os grupos auto-organizados participantes nestas atividades usufruem de uma replicação de respostas, culturais, recreativas, de atividade física e até de saúde. Em oposição, a grande maioria da população, não participante em associações, é excluída destas atividades. Torna-se essencial conhecer os obstáculos à participação nas associações, bem como as razões das pessoas para a não-adesão, de forma a otimizar as respostas e alargá-las a toda a população. Os elementos discutidos nesta pesquisa permitem-nos

dirigir quatro orientações. I) Garantir o transporte de todas as pessoas do concelho para as atividades e reuniões das associações, acessível e adaptado a problemas de mobilidade, que permita a participação de pessoas com dificuldades de saúde e funcionalidade. II) Melhorar a divulgação e informação das atividades por toda a população, com especial atenção para os mais isolados e menos participativos, pois muitas das pessoas inquiridas no *estudo 2* referiram que não têm conhecimento ou que tais programas não abrangem a sua área de residência. Esta é uma orientação transversal aos outros setores e recursos disponíveis, tendo em conta que em muitos casos os serviços são utilizados de forma ineficiente e os serviços privados não são acessíveis para toda a população (MetLife, 2010). Nas sociedades contemporâneas complexas, por exemplo, a falta de informação é muitas vezes uma barreira para aceder aos recursos da comunidade. Nestes casos, o acesso pode ser melhorado através de uma divulgação mais eficaz da informação (Fitzgerald & Caro, 2014). III) Suportar/aliviar os custos das cotas associativas para as pessoas com baixos recursos económicos; IV) apostar na motivação das pessoas mais isoladas e menos participativas. Além disso, esclarecemos que as iniciativas com vista à promoção e facilitação da participação dos mais velhos não devem ser totalmente canalizadas para os meios associativos, tendo em consideração que estes não são capazes de incluir os componentes essenciais a todas as faixas etárias, todos os níveis culturais e todos os estilos de vida da população que envelhece.

Facilitar a Prática de Atividade Física Regular de Forma Autónoma, Criando Ambientes Adequados

Sendo evidente que o avançar da idade se faz acompanhar de uma maior probabilidade de redução de capacidade funcional, aceita-se a pertinência de programas de atividade física dirigidos às pessoas mais velhas. Ainda assim, estas iniciativas podem decorrer em espaços frequentados por todos os grupos etários, atenuando a segregação. São as mulheres as grandes apreciadoras destes programas, devendo ter-se em atenção os seus maiores problemas de saúde e preferências. Mais uma vez, recomenda-se a garantia de que todas as pessoas têm a oportunidade de participar, independentemente da localização da sua residência e disponibilidade socioeconómica, dispondo de transporte, informação e apoio adequados. Associada à prática de exercício, propomos a conceção de programas de informação e esclarecimento de questões associadas como o acompanhamento nutricional e necessidade de hidratação, sendo medidas especialmente importantes para os mais velhos, quer pratiquem atividade física ou não.

No entanto, a grande aposta passa por facilitar a prática de exercício autonomamente passando por políticas que tornem estas práticas escolhas fáceis. Para tal, é necessário criar ambientes acessíveis, saudáveis, seguros e adequados ao efeito. Continuar a apostar na melhoria das acessibilidades dos espaços públicos, especialmente nos bairros residenciais e acesso aos serviços básicos (comércio, prestadores de cuidados de saúde, serviços municipais e do Estado...) são exemplos promotores de bem-estar da população em geral, de todas as idades, contribuindo para o aumento da participação e *aging in place*. Considerando os resultados sobre as quedas do nosso *estudo 2*, a governança pode atuar na informação e implementação de programas de prevenção de quedas, ajustados à baixa literacia da mesma população.

Promover Segurança em Todos os Programas, numa Perspetiva Holística

Além de acessíveis, para serem *age-friendly* os ambientes precisam ser dotados de segurança no que respeita a especificidades territoriais como o gelo que se faz sentir nos meses mais frios, os pavimentos citadinos, travessias, iluminação, policiamento, qualidade do ar e da água nos bairros e habitações condignas. Este ponto de vista mais abrangente da segurança ambiental é, igualmente, extensível às ações de sensibilização no sentido de, não só responsabilizar as pessoas a preservação da qualidade ambiental e manutenção dos espaços limpos, como capacita-las para se protegerem das alterações climáticas.

A próxima orientação é feita no sentido de promover segurança em todas as suas dimensões nos programas dos diversos setores de intervenção. Referimo-nos a medidas que garantam a segurança económica dos indivíduos mais desfavorecidos, assegurem a qualidade da habitação e acessibilidade do espaço público em termos de segurança física e preveniam quedas e lesões. Tratam, igualmente, do desenvolvimento de programas focados na redução do crime e violência, através de parcerias com instituições de segurança pública, em articulação com os vários recursos da comunidade. São, ainda, louváveis ações de sensibilização e esclarecimento em matéria de segurança, dirigidas à população de todas as idades, mas que podem ser, particularmente, importantes para os mais vulneráveis.

Apoiar a Aquisição e Adaptação das Habitações das Pessoas Mais Velhas em Detrimento da Institucionalização

A diretriz principal na área da habitação consiste em dar às pessoas a oportunidade de escolherem onde desejam envelhecer. Cabe aos atores locais apoiar os mais velhos para que consigam fazer escolhas ativas e informadas sobre o alojamento e serviços adequados; através

de programas de consultoria e proporcionando uma diversidade de opções de habitação. Aumentar o apoio à adaptação das habitações à medida que se envelhece, com soluções que alcancem os proprietários, senhorios e arrendatários; estabelecer parcerias com empresas privadas na área, investir nos serviços de apoio domiciliário são medidas que caminha para a satisfação das pessoas que desejam envelhecer nas suas casas. Além de controlar a qualidade e condições das ERPI e centros de dia, sugerimos também que a verba disponibilizada na criação/amplificação destas estruturas possa, eventualmente e em algumas situações, ser canalizada para alternativas à institucionalização, no sentido de responder não apenas às necessidades das pessoas, mas também às preferências.

As alternativas de habitação estão em expansão e precisam começar a ser consideradas quando a pessoa não reúne as condições para envelhecer na sua casa. A título de exemplo, Howe (2001) sugere que olhemos para diferentes alternativas de habitação como a partilha de casa e as *Elder Cottage Housing Opportunity* (ECHO). Consistem em habitações portáteis colocadas em lotes de casas unifamiliares para fornecer acomodações para adultos mais velhos, mas que incorporam características que beneficiem tanto jovens como idosos, prevenindo a segregação etária nos bairros (Keyes *et al.*, 2014; Ziebarth, Erm & Hwang, 2010). Nesta linhagem de alternativas incluímos ainda a co-habitação e a habitação partilhada com universitários (Neal *et al.*, 2006) com alguns projetos já a decorrer em Portugal.

Terminamos as orientações na categoria da habitação dando destaque ao contributo dos avanços na manutenção das pessoas nas suas casas à medida que envelhecem, apontando três exemplos: *i)* a telemedicina permite a monitorização e aconselhamento à distância dos problemas de saúde crónicos e agudos; *ii)* a internet, por sua vez, facilita a realização de compras de uma grande variedade de bens, incluindo alimentação (Charness, 2003; Dishman, Matthews & Dunbar-Jacob, 2003, cit. por Neal *et al.*, 2006); *iii)* as tecnologias que compensam as dificuldades cognitivas, motoras e sensoriais facilitam o ambiente doméstico, podendo ainda consistir respostas de emergência e auxiliares de comunicação social (Horgas & Abowd, 2003, cit. por Neal *et al.*, 2006).

Condições de Trabalho Flexível, Remunerado e Voluntário

Fomentar a criação de oportunidades de trabalho e voluntariado dos mais velhos, bem como as condições de manutenção da atividade laboral, requer a adoção de um quadro de incentivos que motive as pessoas a permanecerem ativas. Os programas de voluntariado podem constituir-se

como oportunidades de trabalho para as pessoas idosas em boa saúde e não apenas como prestação de serviços dirigidos a idosos mais dependentes ou necessitados. Estas medidas poderão enrijecer a participação nas atividades voluntárias, beneficiando os destinatários dos serviços, as pessoas idosas e a rentabilidade dos serviços prestados.

Para o sucesso de uma vida mais longa e ativa, sobressai a potencialidade das ações de formação e aquisição de novas competências ao longo da vida, usufruindo de parcerias com empresas locais, ao invés de se restringirem a atividades nas universidades e associações seniores. Com ciclos de vida flexíveis e com o aumento do tempo de inatividade, é também objetivo criar mecanismos que viabilizem a transição entre o tempo de atividade e a reforma.

Já as diretrizes da Comissão Europeia (COM, 1999) apontavam para o desenvolvimento de medidas de manutenção das aptidões dos trabalhadores, promoção de aprendizagem ao longo da vida e adoção de modalidades de trabalho flexíveis. Para a empregabilidade dos mais velhos é crucial a existência de regras que adaptem os locais de trabalho ao envelhecimento e igualdade de oportunidades. Note-se que os trabalhadores de idade mais avançada podem responder melhor às expectativas dos consumidores cada vez mais velhos. Para que estas iniciativas vingam, a solução passa também pela formação às empresas clarificando-se que “as tecnologias modernas e a ergonomia permitem diminuir o *stress* e aumentar a produtividade dos trabalhadores mais velhos, compensando a diminuição das suas capacidades” (COM, 1999:11); sensibilizando-as para que respondam aos requisitos do “envelhecimento ativo”.

Para terminar, no que respeita à valorização do trabalho, Amaro (2015) defende que há que acentuar o contributo que as pessoas mais velhas podem dar às economias nacionais, com tarefas como: cuidar dos netos, atividades domésticas ou voluntariado em organizações. O autor destaca, contudo, que é preciso criar condições para a educação ao longo da vida e aceitar com naturalidade que as pessoas, independentemente da sua idade, podem exercer também atividades remuneradas.

Investir na Qualidade e Acessibilidade dos Transportes, numa Perspetiva Integrada com os Programas Multissetoriais

Tendo já refletido na discussão dos Resultados 3 sobre a particularidade dos transportes, cabe-nos aqui propor a melhoria da rede, sobretudo nas zonas mais distantes dos centros urbanos, tornando-a rápida, frequente, acessível e com circuitos que abranjam o acesso aos serviços essenciais de consumo, participação, cuidados sociais e de saúde. Continua a ser necessário o

investimento ao nível da acessibilidade física e económica dos transportes públicos, em termos de informação e desenvolver sessões de formação e sensibilização de condutores e motoristas para cuidados a ter com saídas e entrada de passageiros, cortesia, tempos de espera e paragens bruscas). Apela-se, ainda, à procura de inovação neste setor. Para os adultos mais velhos que não podem continuar a conduzir um carro, começam a ser propostas alternativas como operar veículos de movimento mais lento (carros de golfe) em determinadas estradas, embora com restrições.

Tabela CXI - Implicações para a prática na categoria Ação Social

	CONSIDERAÇÕES SOBRE AS PESSOAS		CONSIDERAÇÕES SOBRE AS POLÍTICAS			IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA		
	ESTUDO 1 SHARE (50+)	ESTUDO 2 Inquérito (65+)	ESTUDO 3					
			Programa	PS	CS			
Ação Social	Apenas 2,1% participa numa organização Mais de metade ocupa o seu tempo com atividades não-estruturadas. 41,9% tem dificuldade em fazer com que o rendimento chegue ao fim do mês As mulheres têm mais dificuldades económicas que os homens Os não-reformados têm mais dificuldades financeiras que os reformados Os desempregados têm mais dificuldades financeiras que os restantes A satisfação com o rendimento melhora na idade da reforma (65-74)	Baixa percentagem das pessoas ocupa o seu tempo em organizações (associação, universidade sénior, centro de convívio ou organização política) A maioria está satisfeita com o funcionamento e dirigentes da autarquia e associações. A maioria costuma votar, principalmente nas classes mais velhas e os homens 22,5% vivia sozinho As mulheres envelhecem mais sós que os homens A maioria das pessoas está satisfeita com conversar com familiares, vizinhos ou amigos. 10,6% tem apenas 2 pessoas com quem fala todos os dias; 4,4% tem apenas 1 pessoa e 1,9% não tem ninguém. Quanto maior o número de pessoas com quem conversa maior a satisfação das pessoas. 2,5% não tem ninguém com quem falar quando tem de tomar uma decisão importante (ou tem raramente) 10% não tem ninguém a quem recorrer quando precisa de ajuda com cuidados pessoais ou tarefas domésticas (ou tem raramente)	Apoio ao Associativismo	4,1	3,5	Consultar/ Envolver todos os possíveis beneficiários (participantes e não-participantes) Entender as associações locais como parceiras na formulação de programas Não canalizar nas associações todas as iniciativas com vista à promoção e facilitação da participação dos mais velhos Divulgação mais eficaz da informação. Apostar na motivação das pessoas mais isoladas e menos participativas Garantir as condições de acesso de toda a população (como o transporte dos mais isolados e o alívio dos custos) Verificar se as pessoas mais velhas participam nas associações apoiadas e se os programas se dirigem a todas as idades Funcionar em espaços para todas as idades. Evitar a criação de programas exclusivos para idosos Promover relações intergeracionais de forma natural, sem segregar Dissociar a idade da precaridade económica (beneficiar a população carenciada e não toda a população com 65 e mais anos independentemente das condições financeiras) Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação do programa Continuar a apostar na colaboração com organizações públicas, privadas e do terceiro setor Consultar a população carenciada sobre as necessidades Sensibilizar a população e empresas locais para a necessidade de donativos de materiais em falta Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação do programa Atividades para todas as idades, acessíveis a pessoas mais velhas, com problemas de saúde e funcionalidade Garantir o transporte e a possibilidade de participação das pessoas mais isoladas que queiram participar Consultar as pessoas sobre os desejos e aspirações em termos de atividades Não promover a infantilização através de encontros forçados entre crianças e pessoas idosas. Facilitar os contactos intergeracionais de forma natural. Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação dos programas Promover inclusão e facilitar as relações intergeracionais de forma natural, sem segregar	CORUCHE	
	48,1% não menciona expectativas para o futuro Nos escalões mais velhos a proporção dos que mencionam expectativas para o futuro é menor A proporção de mulheres que menciona expectativas para o futuro é menor que a dos homens	A maioria das pessoas está satisfeita com a sua situação financeira 29,4% refere que o rendimento não chega ao fim do mês 40,6% não tem ajuda financeira caso precise 27,7% das pessoas que não tem ajuda financeira o rendimento também não chega ao fim do mês. As mulheres têm mais dificuldades económicas que os homens As classes mais velhas têm mais dificuldades económicas, mas também têm mais ajuda						
	56,1% diz que a idade impede algumas ou muitas vezes de fazer o que gostariam, Nas idades mais avançadas aumenta a proporção de pessoas que considera que a idade impede de fazer coisas que gostaria	As mulheres estão menos satisfeitas com os serviços e recursos, saúde e segurança. Os homens estão menos satisfeitos com a residência e sociabilidade À medida que a idade avança diminui a satisfação com a vida em termos de serviços e recursos, saúde e segurança, residência e sociabilidade. As pessoas menos escolarizadas estão menos satisfeitas com a sua vida						
	A maioria (72,2%) está satisfeita com a sua vida Os indivíduos mais velhos estão menos satisfeitos com a sua vida. As mulheres estão menos satisfeitas com a sua vida que os homens.	40% da amostra considera que a idade às vezes o impede de fazer coisas que gostaria. As mulheres referem que a idade as impede de fazer coisas que gostaria de fazer com mais frequência que os homens Quanto maior a idade do indivíduo maior frequência com que a idade o impede de fazer coisas que gostaria. 44,4% das pessoas 85+ respondeu sempre.						
			Plataforma de Apoio às Organizações Sociais	4,2	3,8	Consultar/ Envolver todos os possíveis beneficiários (participantes e não-participantes) Entender as associações locais como parceiras na formulação de programas Não canalizar nas associações todas as iniciativas com vista à promoção e facilitação da participação dos mais velhos Divulgação mais eficaz da informação. Apostar na motivação das pessoas mais isoladas e menos participativas Garantir as condições de acesso de toda a população (transporte dos mais isolados, alívio dos custos) Verificar se as pessoas mais velhas participam nas associações apoiadas e se os programas se dirigem a todas as idades Dissociar a idade da precaridade económica (beneficiar a população carenciada e não toda a população com 65 e mais anos independentemente das condições financeiras) Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação do programa Continuar a apostar na colaboração com organizações públicas, privadas e do terceiro setor Atividades para todas as idades, acessíveis a pessoas mais velhas, com problemas de saúde e funcionalidade Garantir o transporte e a possibilidade de participação das pessoas mais isoladas que queiram participar Consultar as pessoas sobre os desejos e aspirações em termos de atividades Não promover a infantilização através de encontros forçados entre crianças e pessoas idosas. Facilitar os contactos intergeracionais de forma natural Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação do programa Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação do programa Continuar os esforços com o desenvolvimento de parcerias entre as diferentes organizações locais, otimizando recursos	OEIRAS	
			Cartão Sénior 65+	3,2				
			Atividades socioculturais e recreativas esporádicas	3,2				
			Programa Oeiras Solidária	3,6				
			Rede Social de Oeiras	4,3				
			Equ.de emerg e apoio social; Fundo de emerg social; Fundo Europ de Aux. a Carenc	3,8				
			Interv. Sociais das Freguesias	4,4				
			Intervenção de proximidade	3,6				
			Observ do Envelhecimento e da Pessoa Idosa (Em Projeto)	4,6				
			Lares, Centros de Dia, Apoio Domiciliário e Centro de Noite	3,4				

Tabela CXII - Implicações para a prática na categoria Ambiente

	CONSIDERAÇÕES SOBRE AS PESSOAS		CONSIDERAÇÕES SOBRE AS POLÍTICAS			IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	
	ESTUDO 1 SHARE (50+)	ESTUDO 2 Inquérito (65+)	ESTUDO 3				
			Programa	PS	CS		
Ambiente	32,3% sentiu limitações nas atividades mas e 16,7% sentia-se severamente limitado As mulheres sentem-se mais limitadas que os homens Quanto maior a idade mais se sentiam limitados	1/3 dos inquiridos sofreu 1 ou + quedas no último ano 27,5% das quedas ocorreram na cidade/vila/aldeia e 9,8% no bairro A maioria das pessoas está satisfeita i) com os serviços proporcionados pela comunidade; ii) com os serviços disponíveis no lugar, com o lugar onde vive; iii) com a acessibilidade e segurança do lugar onde vive; e iv) com a disponibilidade de locais para realizar atividades físicas, culturais e de lazer.	MPT Plan	4	3,9	Consultar os beneficiários na determinação de prioridades	CORUCHE
			Espaços verdes e parques urbanos	3,9		Consultar os beneficiários	
			Ciclovias	3,3		Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos	
						Dotar os espaços de locais de descanso, árvores, casas de banho...	
			Apostar na segurança dos espaços residenciais: pavimentos, travessias, iluminação, policiamento				
			Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação do programa				
			Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos				
			Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação do programa				
		31,9% dos inquiridos tem dificuldades na mobilidade e locomoção Os indivíduos com dificuldades na mobilidade e locomoção estão menos satisfeitos em relação à acessibilidade e segurança do lugar Os indivíduos com dificuldades na mobilidade e locomoção caíram mais.	3,5	Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos			
				Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação do programa			
				Promover segurança (as instruções não são acessíveis a toda a população)			
				Promover relações intergeracionais de forma natural, sem segregar			
				Não destinar os instrumentos exclusivamente aos idosos, não utilizar a nomenclatura “gerontológico”			
				Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos			
31,9% dos inquiridos tem dificuldades na mobilidade e locomoção Os indivíduos com dificuldades na mobilidade e locomoção caíram mais.	3,9	Higiene e Limpeza Pública	3,9	Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos	OEIRAS		
		Plano de Ordena/ do Território	3,9	Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação do programa			
		Hortas urbanas	3,4	Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos			
		Espaços Verdes	4,1	Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação do programa			
		Sensibilização ambiental	3,7	Apostar na segurança dos espaços residenciais: pavimentos, travessias, iluminação, policiamento			
		Gestão de resíduos urbanos e a manutenção da salubridade dos espaços públicos, Controlo da Água e Qualidade do Ar	3,9	Continuar a apostar nestas ações, alargando o leque de temáticas e ações (ex.: cuidados com condições climáticas, travessias...)			
Ruído-Poluição sonora	3,9	Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação do programa					
		Auscultar a população quanto às questões ambientais (consciência dos riscos e caracterização de comportamentos)					
Os mais escolarizados estão menos satisfeitos com o lugar onde vivem.	4	Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos					
		Realizar diagnósticos da qualidade do ar e água nas habitações das pessoas mais desfavorecidas					
						Continuar a apostar na colaboração com as Instituições de Segurança Pública	
						Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação do programa	
						Realizar ações de sensibilização para toda a população	
						Manter a iniciativa apostando na divulgação	

Tabela CXIII - Implicações para a prática na categoria Atividade Física

	CONSIDERAÇÕES SOBRE AS PESSOAS		CONSIDERAÇÕES SOBRE AS POLÍTICAS			IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	
	ESTUDO 1 SHARE (50+)	ESTUDO 2 Inquérito (65+)	ESTUDO 3				
			Programa	PS	CS		
Atividade Física	A maioria nunca ou quase nunca pratica atividades que exigem um esforço intenso 43,2% pratica mais de uma vez por semana atividades que exigem um esforço moderado Os homens praticam mais atividade física que as mulheres A prática de atividade física (intensa e moderada) diminui com o avançar da idade Apenas 7,1% frequentam um clube desportivo	A maioria nunca ou quase nunca pratica atividade física A grande maioria não participa em programas de atividade física estruturados As razões para a não adesão a programas estruturados de atividade física consistiram em: ser autônomos na prática de atividade física, selecionar as suas atividades; motivos de saúde; desconhecimento e inexistência de programas na sua área de residência. As mulheres participam mais nos programas estruturados de atividade física que os homens	Programa de Gerontomotricidade	3,4	3,6	Promover relações intergeracionais de forma natural, sem segregar Abandonar a nomenclatura “gerontomotricidade” Ter em conta os diferentes níveis de capacidade dos munícipes para praticar exercício físico Garantir as condições de acesso de todas as pessoas (transporte dos mais isolados, ajuda de custos dos mais desfavorecidos financeiramente, informação acessível) Consultar/ envolver os possíveis beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação do programa Conciliar com programas de informação e esclarecimento de cuidados nutricionais/ hidratação associados ao exercício	CORUCHE
			Uso Livre das Piscinas Municipais	4		Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação do programa Apostar no transporte frequente em direção às piscinas municipais	
			Atividades Pontuais de Atividade Física	3,8		Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação do programa Garantir a possibilidade de participação de todos os munícipes, independentemente da localização geográfica, disponibilidade financeira e problemas de saúde Melhorar a informação/ divulgação das atividades	
			Passeios de bicicleta	3,5		Promover segurança física e económica (aquisição de equipamentos) Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação do programa Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos	
			Atividades de marcha	3,5		Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação do programa Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos	
		Os indivíduos que participam nos programas de atividade física estão mais satisfeitos com a realização de atividades A maioria das pessoas está satisfeita em relação i) à disponibilidade de locais para realizar atividades físicas, culturais e de lazer; ii) à realização de atividades físicas sozinho ou com outras pessoas"	Mexa-se Mais	3,7	3,7	Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos Garantir a possibilidade de participação de todos os munícipes, independentemente da localização geográfica, disponibilidade financeira e problemas de saúde Melhorar a informação/ divulgação das atividades	OEIRAS
			Eventos Pontuais	3,8		Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação do programa Garantir a possibilidade de participação de todos os munícipes, independentemente da localização geográfica, disponibilidade financeira e problemas de saúde Melhorar a informação/ divulgação das atividades	
			Circuito de Xadrez de Oeiras	3,6		Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos	
			Programa de atividade de ar livre	3,6		Não atua em governança Não consulta os beneficiários Garantir a possibilidade de participação de todos os munícipes, independentemente da localização geográfica, disponibilidade financeira e problemas de saúde	
			Programa de atividade física 55+	3,4		Promover relações intergeracionais de forma natural, sem segregar Garantir a possibilidade de participação de todos os munícipes, independentemente da localização geográfica, disponibilidade financeira e problemas de saúde Conciliar com programas de informação e esclarecimento de cuidados nutricionais/ hidratação associados ao exercício	
			Programa municipal de apoio ao associativismo desportivo	3,8		Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação do programa	

Tabela CXIV - Implicações para a prática na categoria Cultura

	CONSIDERAÇÕES SOBRE AS PESSOAS		CONSIDERAÇÕES SOBRE AS POLÍTICAS		IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA			
	ESTUDO 1 SHARE (50+)	ESTUDO 2 Inquérito (65+)	ESTUDO 3					
			Programa	PS	CS			
Cultura	As pessoas ocupam-se a ler livros, revistas e jornais, com jogos sociais como cartas ou xadrez, jogos de números ou palavras (como sudoku ou palavras cruzadas)	A maioria não participa em qualquer programa cultural ou recreativo estruturado As principais razões para não participarem em programas estruturados são: i) ter as suas próprias atividades culturais e recreativas, ii) desconhecer a existência desses programas	Passeio dos reformados	3,4		Apostar em iniciativas para todas as idades. Promover relações intergeracionais de forma natural, sem segregar Garantir as condições de participação dos mais frágeis e com problemas de saúde	CORUCHE	Garantir as condições para a manutenção ou envolvimento das pessoas em atividades culturais ao longo da vida Programas de escolarização realizados em instituições de ensino
	Apenas 14,1% participa em atividades de organização religiosa	Baixa percentagem das pessoas ocupa o seu tempo em organizações (associação, universidade senior, centro de convívio organização política)	Associações , ASSECOR.	3,3	3,4	Funcionarem em espaços para todas as idades. Promover relações intergeracionais de forma natural, sem segregar Programas educativos ao longo do ciclo de vida Programas de TIC direcionadas para melhorar a autonomia das pessoas e facilitar o seu dia-a-dia, garantindo as condições de acesso a computador e internet Assegurar as condições de participação dos mais desfavorecidos e/ou isolados		
	34,5% não se ocupa com nenhuma atividade e destes 47,5% estão insatisfeitos.	A maioria convive com a família e amigos, vê TV e ouve Rádio, ocupa-se com as tarefas domésticas, lê livros, jornais ou revistas e passeia a pé.	Tertúlias do Núcleo tauromáquico	3,6		Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos		
			Turismo Sénior	3,4		Apostar em iniciativas para todas as idades. Promover relações intergeracionais de forma natural, sem segregar Garantir as condições de participação dos mais frágeis e com problemas de saúde	OEIRAS	Atividades dirigidas a todas as idades em espaços comuns
						Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação dos programas		
				Infraestrutur as Culturais	3,7			

Tabela CXV - Implicações para a prática na categoria Educação

	CONSIDERAÇÕES SOBRE AS PESSOAS		CONSIDERAÇÃO S SOBRE AS POLÍTICAS			IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA		
	ESTUDO 1 SHARE (50+)	ESTUDO 2 Inquérito (65+)	ESTUDO 3					
			Programa	PS	CS			
Educação	Diversidade populacional em termos de escolaridade	Diversidade populacional em termos de escolaridade: 11% ensino secundário, 22% ensino superior	Atividades de Sensibilização	4,2		Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação do programa	CORUCHE	Proporcionar oportunidades de atualização e desenvolvimento de competências ao longo da vida
	Grande parte da população com baixa escolaridade	Grande parte da amostra com baixa escolaridade;	Atividades Intergeracionais	3,3	3,6	Continuar a apostar nas campanhas e seminários que promovem para a mudança de paradigma e inclusão dos mais velhos		
	8,3% não tinha completado nenhum grau de escolaridade,	6,9% não estudou				Não promover a infantilização através de encontros forçados entre crianças e pessoas idosas. Facilitar os contactos intergeracionais de forma natural		
	49,6% apenas havia completado o primeiro ciclo	38% completou apenas o 1º ciclo				de saúde e funcionalidade		
	10,6% completou apenas o segundo ciclo.	38,1% completou apenas o primeiro ciclo,	Biblioteca Municipal de Coruche	3,3		Garantir o transporte e a possibilidade de participação das pessoas mais isoladas que queiram participar		
	As mulheres são menos escolarizadas que os homens	23,1% completou apenas o primeiro ciclo, 23,1% completou apenas o segundo ciclo, Nas idades mais avançadas a escolaridade é menor	4 Universidades Seniores	3,3	3,4	Consultar as pessoas sobre os desejos e aspirações em termos de atividades	OEIRAS	
Os mais velhos são menos escolarizados	Os mais escolarizados estão menos satisfeitos com a situação financeira	Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos						
Apenas 6,4% frequenta cursos de educação		Bibliotecas Municipais				3,4		

Tabela CXVI - Implicações para a prática na categoria Habitação

	CONSIDERAÇÕES SOBRE AS PESSOAS		CONSIDERAÇÕES SOBRE AS POLÍTICAS			IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA				
	ESTUDO 1 SHARE (50+)	ESTUDO 2 Inquérito (65+)	ESTUDO 3							
			Programa	PS	CS					
Habitação	32,3% sentiu limitações nas atividades mas e 16,7% sentia-se severamente limitado. As mulheres sentem-se mais limitadas que os homens. Quanto maior a idade mais se sentiam limitados.	A maioria vive com o cônjuge ou companheiro. 22,5% refere que vive sozinho.	Projeto ELOS	4,1	Desenvolver o programa tornando-o mais frequente. Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos. Tornar os serviços intensivos e integrados (sociais e de saúde), que aumentem à medida que crescem as necessidades e dependência da pessoa (devidamente avaliadas). Aumentar o leque de serviços (de higiene, companhia, alimentação...) Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos. Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos. Adaptação das casas às crescentes necessidades das pessoas ao longo do envelhecimento. Unidades habitacionais adaptáveis às necessidades das pessoas à medida que envelhecem. Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos.	CORUCHE	Unidades habitacionais desenvolvidas com acessibilidade, que incorporem as características de design universal, capacitadas para acomodar uma variedade crescente de estilos de vida, que atendam a necessidades, deficiências e diferentes capacidades financeiras.			
			Projeto de Apoio Domiciliar					4		
		A maioria das pessoas tem casa própria, 16,2% vive em casa arrendada e 5,6% em casa de familiares 5,6%.	Programa de Melhoria do Conforto Habitacional	3,6						
			36,2% necessita subir muitas escadas em casa.					Aquisição e arrendamento	3,9	
		A maioria vive num apartamento.	Habitar Oeiras	3,8				Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação dos programas. Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos. Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação dos programas, acerca de necessidades de adaptação das casas e bairros. Alargar o programa a outras zonas além do centro histórico. Apostar na formação em geriatria e gerontologia. Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos. Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação dos programas. Promover inclusão e facilitar as relações intergeracionais de forma natural, sem segregar. Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos. Tornar os serviços intensivos e integrados (sociais e de saúde), que aumentem à medida que crescem as necessidades e dependência da pessoa (devidamente avaliadas). Aumentar o leque de serviços (de higiene, companhia, alimentação...) Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos. Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos e alargando o leque de serviços.		OEIRAS
		31,9% tem dificuldades de mobilidade e locomoção.	Requalificação dos centros históricos, reconversão das augi manutenção e requalificação						3,2	
		31,9% sofreu quedas no último ano. A maioria das quedas ocorreu em casa.	ERPI, centros de dia, centros de convívio	3,4						
		A grande maioria efetua uma avaliação positiva do estado de conservação da sua casa. A maioria dos indivíduos que considerou a sua casa degradada a precisar de grandes intervenções caiu no último ano. Os indivíduos com maiores dificuldades económicas estavam menos satisfeitos com o estado de conservação da sua casa.	Realojamento						3,9	
		A maioria das quedas ocorreu em casa.	Oeiras está lá!	3,9						
			A grande maioria estava satisfeita i) com a acessibilidade e segurança da habitação; ii) com a casa onde vive. Os indivíduos com maiores dificuldades económicas estavam menos satisfeitos com a acessibilidade e segurança da habitação.						Serviço de Teleassistência Domiciliária de Oeiras	

Tabela CXVII - Implicações para a prática na categoria Saúde

	CONSIDERAÇÕES SOBRE AS PESSOAS		CONSIDERAÇÕES SOBRE AS POLÍTICAS			IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA		
	ESTUDO 1 SHARE (50+)	ESTUDO 2 Inquérito (65+)	ESTUDO 3					
			Programa	PS	CS			
Saúde	Baixa proporção de pessoas que considera a sua saúde muito boa ou excelente As mulheres efetuam avaliações da sua saúde menos positivas que os homens A avaliação de saúde piora com a idade (ocorrendo uma ligeira melhoria nos 85+)	A maioria das pessoas está satisfeita com: i) a sua saúde; ii) a sua condição física" 31,9% população tem dificuldades na mobilidade e locomoção A maioria avalia a sua saúde razoável ou má. As mulheres efetuam avaliações da sua saúde menos positivas que os homens A avaliação de saúde piora com a idade Os mais escolarizados estão mais satisfeitos com a sua saúde e condição física	Atividade. Física por razões de saúde	3,9	4	Assegurar o transporte de toda a população	CORUCHE	Apostar na facilitação de práticas e estilos de vida saudáveis
	Quase metade da amostra padece de doenças crónicas/ de longa duração A proporção de mulheres com doenças crónicas é superior à dos homens	A maioria tem problemas de saúde À medida que envelhecem aumenta a proporção de pessoas com doença. A proporção de mulheres que sofre problemas de saúde é maior que a dos homens.	Transporte e acompanhamento a tratamentos e consultas médicas	3,6		Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais como empresas de transportes, otimizando recursos		Investir em programas com objetivos preventivos, incluindo serviços domiciliários e de monitorização
			Centros de Dia, Lares, SCMC	3,7		Apostar na formação em geriatria e gerontologia Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação dos programas Promover inclusão e facilitar as relações intergeracionais de forma natural, sem segregar Dar continuidade a estes serviços		Desenvolver parcerias entre organizações públicas, privadas e do terceiro setor, otimizando recursos
			Unidade de Cuidados Continuados	4,3		Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação dos programas Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos Monitorar as pessoas mais velhas saudáveis, diagnosticar doenças precocemente, evitando a institucionalização prematura. Melhor informação sobre os serviços Reduzir as barreiras de acesso como custos e frequência dos transportes		Apostar em cuidados de saúde integrados (sociais e de saúde)
			Centro de Saúde e Extensões	4,2		Promover inclusão e facilitar as relações intergeracionais de forma natural, sem segregar	Melhorar os sistemas de informação sobre os serviços existentes	
			Férias em Saúde	3,8		Investir não apenas no suporte financeiro dos mais desfavorecidos como no apoio educacional e monitorização da toma de medicamentos Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação do programa	Assegurar a eficácia dos transportes no acesso aos serviços de saúde	
	Quase metade da amostra não mencionou qualquer expectativa para o futuro À medida que a idade avança diminui a proporção de pessoas que mencionou expectativas.	Quase metade da amostra toma medicamentos para dormir	Medida Comparticipação em Medicamentos	3,6		Continuar a investir na promoção da saúde cerebral, com programas de prevenção da demência, diagnóstico precoce e monitorização	Desenvolver programas de sensibilização e formação do comércio local	
	32,3% sentiu limitações nas atividades mas e 16,7% sentia-se severamente limitado As mulheres sentem-se mais limitadas que os homens Quanto maior a idade mais se sentiam limitados	A grande maioria considera que tem uma alimentação saudável A grande maioria realiza as 3 refeições principais pequeno-almoço (97,5%), almoço (100%) e jantar (96,9%) Apenas 40% refere cuidados com a alimentação	Projeto cuidar melhor	4,3		Continuar a investir na promoção da saúde cerebral, com programas de prevenção da demência, diagnóstico precoce e monitorização Dar continuidade a estas ações	Criar serviços de gestão e monitorização da medicação, com parcerias entre as farmácias e as organizações locais. Desenvolver ações de formação nas farmácias, chamando-as para projetos locais, capazes de ser sinalizadores de situações vulneráveis	
	9,9% das pessoas fumava 33,8% consumia álcool quase todos os dias. Os homens consumiam álcool com mais frequência que as mulheres A grande maioria efetua 3 refeições por dia	25% consome álcool, 15,6% quase todos os dias, 4,4% três vezes por semana e 5% uma vez por semana) Os homens consomem álcool com mais frequência que as mulheres	Projeto Café Memória	4,2		Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação dos programas Reduzir as barreiras de acesso como custos e frequência dos transportes Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação dos programas	Desenvolver uma cultura de autocuidado, autogestão das condições de saúde e apoio aos cuidadores	
	As mulheres têm práticas mais salutogénicas que os homens	9,4% fumava	Oeiras Município Acessível	4,4		Apostar na formação em geriatria e gerontologia Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação dos programas Promover inclusão e facilitar as relações intergeracionais de forma natural, sem segregar Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação dos programas	Investir em medidas relacionadas com a sensibilização e monitorização de hábitos de risco: tabagismo, álcool, nutrição/desnutrição	
			Eventos com vista à promoção da saúde e estilos de vida saudáveis	3,9		Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos Monitorar as pessoas mais velhas saudáveis, diagnosticar doenças precocemente, evitando a institucionalização prematura. Melhor informação sobre os serviços Reduzir as barreiras de acesso como custos e frequência dos transportes	Apostar em ações de formação para cuidados centrados na pessoa para cuidadores (formais e informais), dirigidos às ERPI, centros de dia, serviços de apoio domiciliário e famílias.	
			Apoio/ cooperação com entidades na área da saúde	4,2				
			ERPI	3,7				
			Centro de Saúde	4,2				

Tabela CXVIII - Implicações para a prática nas categorias Segurança, Trabalho e Transportes

	CONSIDERAÇÕES SOBRE AS PESSOAS		CONSIDERAÇÕES SOBRE AS POLÍTICAS			IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA		
	ESTUDO 1 SHARE (50+)	ESTUDO 2 Inquérito (65+)	ESTUDO 3					
			Programa	PS	CS			
Segurança	41,9% tem dificuldade em fazer com que o rendimento chegue ao fim do mês As mulheres têm mais dificuldades económicas que os homens Os não-reformados têm mais dificuldades financeiras que os reformados Os desempregados têm mais dificuldades financeiras que os restantes 32,3% sentia limitações nas atividades e 16,7% sentia-se severamente limitado As mulheres sentem-se mais limitadas que os homens Quanto maior a idade mais se sentiam limitados	29,4% refere que o rendimento não chega ao fim do mês 40,6% não tem ajuda financeira caso precise 27,7% das pessoas que não tem ajuda financeira o rendimento também não chega ao fim do mês. As mulheres têm mais dificuldades económicas que os homens As classes mais velhas têm mais dificuldades económicas, mas também têm mais ajuda 31,9% da amostra tinha dificuldades na mobilidade e locomoção 31,9% da amostra sofreu alguma queda no último ano Os indivíduos com dificuldades na mobilidade e locomoção caíram mais A maioria das pessoas está satisfeita com i) a sua segurança pessoal, ii) a acessibilidade e segurança do lugar onde vive.	Seniores em Segurança	3,8	3,8	Promover inclusão e facilitar as relações intergeracionais de forma natural, sem segregar	OEIRAS	Proteger o direito à segurança básica e dignidade de todas as pessoas: Educação Saúde Habitação Ambiente Segurança económica (erradicação da pobreza, redução das desigualdades), trabalho digno para todas as idades) Redução do crime Prevenção e combate à discriminação e à violência (estratégias de sensibilização e sistemas de apoio às vítimas, que minimizem os danos a curto e longo prazo) Parcerias com instituições de segurança pública, em articulação com os vários recursos da comunidade Ações de sensibilização e esclarecimento em matéria de segurança, dirigidas à população de todas as idades
Trabalho	Baixa proporção de pessoas que trabalha 23,2% das pessoas com menos de 65 anos já estava reformada Há maior proporção de homens reformados em comparação com as mulheres 7,4% realiza trabalho voluntário ou de caridade	A maioria da amostra não exerce qualquer atividade pós-reforma 92,5% estava reformado 41,7% da amostra com menos de 65 anos já estava reformada. Há uma maior proporção de homens reformados em comparação com as mulheres.	Banco Local de Voluntariado	3,5	3,5	Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação dos programas Envolver as pessoas mais velhas como prestadoras de serviços e não apenas como beneficiários	OEIRAS E COEUCHE	Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos para criar oportunidades de trabalho remunerado e voluntário Investir em medidas de manutenção e desenvolvimento das aptidões/ competências dos trabalhadores ao longo da vida Adaptação dos locais de trabalho ao envelhecimento, através da adoção de modalidades de trabalho flexíveis, reciclagem de conhecimentos e competências Ações de formação às empresas locais sobre vantagens dos trabalhadores mais velhos Desenvolvimento de estratégias de apoio à participação cívica e ao emprego como direito das pessoas mais velhas, que incentivem a manutenção e inclusão dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho Desenvolver mecanismos que viabilizem a transição entre o tempo de atividade e a reforma
Transporte		47,2% tem carro próprio 27,7% utiliza os transportes públicos 16,4% anda a pé A grande maioria estava satisfeita i) com os serviços disponíveis no lugar; ii) a disponibilidade de transportes públicos Os mais insatisfeitos em relação à disponibilidade de transportes públicos são os que usam transportes públicos (13,6% estão insatisfeitos) e os que andam a pé (15,4% estão insatisfeitos). Os mais velhos estão menos satisfeitos com os transportes	Planos rodoviários dentro dos perímetros urbanos	3,4	3,5	Melhorar a rede de transportes sobretudo nas zonas mais distantes dos centros urbanos, tornando-a mais frequente todo o ano Ter em atenção se os circuitos alcançam os serviços essenciais (do Estado, de consumo, participação, cuidados sociais e de saúde) Consultar/ envolver os beneficiários na criação, desenvolvimento e avaliação dos programas	CORUCHE	Estabelecer parcerias com as diferentes organizações locais, otimizando recursos, por exemplo comparticipando serviços privados de transporte para pessoas mais desfavorecidas/ isoladas / doentes se deslocarem a serviços de saúde Continuar a investir na melhoria de estradas, visibilidade das marcações rodoviárias, controlo da velocidade do tráfego, controlo da agressividade do ambiente, garantia do cumprimento das regras de trânsito e pedonalidade, melhoria da acessibilidade e conforto dos transportes, paragens e travessias simplificação das intersecções Apostar na educação, sensibilização e avaliação dos motoristas para que estejam cientes dos cuidados a ter com os passageiros com deficiência ou limitações de movimento, em saídas e entrada de passageiros, cortesia, tempos de espera e paragens bruscas Infoacessibilidade de sinais e indicações de destino, horários e paragens Apoiar propostas alternativas de veículos

BIBLIOGRAFIA

- Abrams, D., Russell, P. S., Vanclair, C.-M., & Swift, H. (2011). *Ageism in Europe: Findings from the European Social Survey*. Technical Report. London: Age UK.
- Agranoff, R., & McGuire, M. (2003). *Collaborative Public Management: New Strategies for Local Governments*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- Alencar, M. A., Bruck, N. N., Pereira, B. C., Câmara, T. M., & Almeida, R. S. (2012). Perfil de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15 (4), 785-796.
- Almeida, M. (2007). Envelhecimento: Ativo? Bem Sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise... *Fórum Sociológico*, 17, 17-24.
- Almeida, M. (2009). Promoção da Saúde depois dos 65 anos: Elementos para uma política integrada de envelhecimento (Tese de Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Altun, F., & Yazici, H. (2015). The Relationships Between Life Satisfaction, Gender, Social Security, and Depressive Symptoms Among Elderly in Turkey. *Educational Gerontology*, 41(4), 305-314.
- Amaro, F. (2015). Envelhecer no mundo contemporâneo: oportunidades e incertezas. *RBCEH, Passo Fundo*, 12(3), 201-211.
- Araújo, L., & Rodrigues, M. (2017). Modelos de Análise das Políticas Públicas. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 83, 11-35.
- Baker, E., Homan, S., Schonhoff, R., & Kreuter, M. (1999). Principles of Practice for Academic/ Practice/Community Research Partnerships. *American Journal of Preventive Medicine*, 16 (3S), 86-93.
- Bandeira, C. (2012). Prevalência de depressão em idosos institucionalizados (Dissertação de Mestrado). Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Brasil. Acedido a 2 de Abril de 2014 em: <http://uol13.unifor.br/oul/conteudosite/F1066343658/Dissertacao.pdf>
- Barbosa, C., Feio, P., Fernandes, A., & Thorslund, M. (2016). Governance Strategies to an Ageing Society – Local Role in Multi Level Processes. *Journal of Comparative Politics*, 9(1), 4-18.
- Barrett, D., Thorpe, J., & Goodwin, N. (2015). Examining perspectives on telecare: factors influencing adoption, implementation, and usage. *Smart Homecare Technology and TeleHealth*, 3, 1-8.
- Bárrios, M. J. (2011). Programas de intervenção municipal orientados para a promoção do envelhecimento ativo (Dissertação de Mestrado). FCM-UNL.
- Bárrios, M. J. (2015). Recensão crítica ao documento, Active Ageing: A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution. *Forum Sociológico*, 26, 79-83.
- Bárrios, M. J., & Fernandes, A. A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local. Análise de programas de intervenção autárquica. *Revista Nacional de Saúde Pública*, 32(2), 188-196.
- Bárrios, M. J., & Fernandes, A. A. (2015). Local Promotion of Active Aging: Community Support and Well-Being of People 65+. *The International Journal of Aging and Society*, 5(4), 23-32.
- Berg, A. I. (2008). Life Satisfaction in Late Life: Markers and Predictors of Level and Change Among 80+ Year Olds (Doctoral Dissertation). University of Gothenburg, Sweden.
- Berg, A. I., Hoffman, L., Hassing, L. B., McClearn, G. E., & Johansson, B. (2009). What Matters, and What Matters Most, for Change in Life Satisfaction in the Oldest-Old? A Study Over 6 Years Among Individuals 80+. *Aging & Mental Health*, 13(2), 191-201.
- Berger, U., Der, G., Mutrie, N., & Hannah, M. K. (2005). The impact of retirement on physical activity, *Ageing & Society*, 25(2), 181-95.
- Berke, E., Koepsell, T., Moudon, A., Hoskins, R., & Larson, E. (2007). Association of the Built Environment With Physical Activity and Obesity in Older Persons. *American Journal of Public Health*, 97(3), 486-492.

- Bernhard, I. (2013). E-government and E-governance – Swedish Case Studies with Focus on the Local Level. KTH Architecture and the Built Environment. University West. Stockholm, Sweden. Consultado a 4 de Fevereiro de 2017 em: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:663249/FULLTEXT01.pdf>
- Bilhim, J. (2004). A Governação nas Autarquias Locais. Coleção Inovação e Governação Nas Autarquias. *Sociedade Portuguesa de Inovação*, Porto.
- Bloom, D., Canning, D., & Finl, G. (2008). Population Ageing and Economic Growth. *Comission on Growth and Development*, working paper nº32.
- Buffel, T., McGarry, P., Phillipson, C., De Donder, L., Dury, S., De Witte, N., Smetcoren, A., & Verté, D. (2014). Developing Age-Friendly Cities: Case Studies From Brussels and Manchester and Implications for Policy and Practice. *Journal of Aging & Social Policy*, 26(1-2), 52-72.
- Bode, I. (2006). Co-Governance within Networks and The Non-Profit – For-Profit Divide: A cross-cultural perspective on the evolution of domiciliary elderly care. *Public Management Review*, 8(4), 551–566.
- Bogers, R., Tijhuis, M; van Gelder, B., & Kromhout, D. (2005). Final report of the HALE Project, Healthy Ageing: a Longitudinal study in Europe. Report 260853003. Bilthoven, Netherlands: RIVM.
- Böhnke, P. (2005). First European Quality of Life Survey: Life satisfaction, happiness and sense of belonging. *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*. Luxembourg: Office for Official Publications in the European Communities.
- Borowski, A., Hudson, R., & McCormack, J. (2008). Elder Participation and Senior Power in Australian Electoral Politics. *Journal of Aging & Social Policy*, 20(4), 458 – 473.
- Börsch-Supan, A., Jürges, H., Alcser, K. H., Benson, G., Brugiavini, A., Christelis, D., Croda, E., Das, M., Luca, G., Harkness, J., Hesselius, P., Jappelli, T., Kalwij, A., Kemperman, M. L., Klevmarken, A., Lipps, O., Paccagnella, O., Padula, M., Perrachi, F., Rainato, R., Soest, A. V., Swensson, B., Vis, C., Weber, G., & Weerman, B. (2005). The Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe – Methodology. Munich: Max Planck Institute for Social Law and Social Policy. Acedido em 12 de Abril de 2017 em: http://www.share-project.org/uploads/tx_sharepublications/SHARE_BOOK_METHODODOLOGY_Wave1.pdf
- Boudiny, K. (2012). Active ageing: from empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing and Society*, 33(6), 1-22.
- Bowling, A. (2006). Lay perceptions of successful ageing: findings from a national survey of middle aged and older adults in Britain. *European Journal of Ageing*, 3, 123-136.
- Bowling, A. (2008). Enhancing later life: How older people perceive active ageing? *Aging & Mental Health*, 12(3), 293-301.
- Bowling, A. (2009). Perceptions of active ageing in Britain: divergences between minority ethnic and whole population samples. *Age and Ageing*, 38, 703-710.
- Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *The BMJ*, 331, 24-31.
- Boyce, M., O'Brien, N., Munn-Giddings, C., & McVicar, A. (2009). How does the rhetoric of 'user participation' in research apply to older people? *Research, Policy and Planning*, 27(1), 55-63.
- Brief, A. P., Butcher, A. H., George, J. M., & Link, K. E. (1993). Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being: the case of health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 646-653.
- Brownson, R. C., Baker, E. A., Housemann, R. A., Brennan, L. K., & Bacak, S. J. (2001). Environmental and policy determinants of physical activity in the United States. *American Journal of Public Health*, 91, 1995-2003.
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The Quality of American Life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Capella, A. C. N. (2008). Menos governo e mais governança? Repensando a lógica da ação estatal. *6º Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política (ABCP)*. Campinas, Universidade de Campinas.
- Caprara, M., Molina, M. A., Schettini, R., Santacreu, M., Orosa, T., Mendoza-Núñez, V. M., Rojas, M., & Fernández-Ballesteros, R. (2013). Active Aging Promotion: Results from the Vital Aging Program. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, Volume 2008, 14 pages.

- Capucha, L. (2012). Envelhecimento e políticas sociais: novos desafios aos sistemas de proteção. Proteção contra o risco de velhice: que risco? In Cláudia Moura (Org.), *Processos e estratégias de envelhecimento*, Euedito.
- Capucha, L. (2014). Envelhecimento e Políticas Sociais em Tempos de Crise. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 74, 113-131.
- Carmo, H. (2011). *Teoria da Política Social (Um olhar da Ciência Política)*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Coleção Manuais Pedagógicos.
- Carta Social (2014). Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2014. *Gabinete de Estratégia e Planeamento. Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social*. Acedido em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2014.pdf>
- Castles, F. G. (1995). Welfare state development in southern Europe, *West European Politics*, 18(2), 291-313.
- Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions, *Ageing & Society*, 25(3), 41-67.
- Chehregosha, M., Bastaminia, A., Vahidian, F., Mohammadi, A., Aghaeinejad, A., Jamshidi, E., & Ghasemi, A. (2016). Life Satisfaction Index among Elderly People Residing in Gorgan and Its Correlation with Certain Demographic Factors in 2013. *Global Journal of Health Science*, 8(8), 41-49.
- Chen, C. (2001). Aging and life satisfaction. *Social Indicators Research*, 54, 57-79.
- Colley, L. (2014). Understanding Ageing Public Sector Workforces: Demographic challenge or a consequence of public employment policy design?, *Public Management Review*, 16(7), 1030-1052.
- Collins, P., & Hayes, M. (2010). The role of urban municipal governments in reducing health inequities: A meta-narrative mapping analysis. *International Journal for Equity in Health*, 9(13).
- Comissão Europeia (1999). *Comunicação da Comissão Uma Europa para Todas as Idades. Promover a prosperidade e a solidariedade entre as gerações*. União Europeia. Acedido em: http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/ageing/com99-221/com221_pt.pdf
- Comissão Europeia. (2001). *Guidelines for member states' employment policies for the year 2002*. Brussels: European Commission.
- Commission of the European Union (2006), *Adult learning: It is never too late to learn*. Acedido em: http://europa.eu/legislation_summaries/education_training_youth/lifelong_learning/c11097_en.htm
- Corte, J., & Verschuere, B. (2014). A Typology for the Relationship Between Local Governments and NPOS in Welfare State Regimes, The Belgian case revisited. *Public Management Review*, 16(7), 1011-1029. <http://dx.doi.org/10.1080/14719037.2013.770712>
- Daré, A. (2010). *Design Inclusivo: o impacto do ambiente doméstico no utilizador idoso*. Lisboa: Universidade Lusíada Editora.
- Debert, G. (2000). A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In Moraes, M., & Barros, L. Orgs.) *Velhice ou Terceira Idade?* 2.ª Ed., Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas Editora, 49-67.
- Deeming, C. (2009) 'Active ageing' in practice: a case study in East London, UK. *Policy & Politics*, 37(1), 93-111.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(1), 542-575.
- Duran, P., & Thoenig, J.C. (1996). L'État et la gestion publique territoriale. *Revue Française de Science Politique*, 46(4), 580-623.
- Eberlein, B., & Kerwer, D. (2004). New Governance in the EU: A Theoretical Perspective, *Journal of Common Market Studies*, 42(1), 121-142.
- Edwards, P., & Tsouros, A. (2006). *Promoting Physical Activity and Active Living in Urban Environments. The role of local governments*. World Health Organization.
- Environment and health. Report No 10/2005. Copenhagen: European Environment Agency; 2005. Acedido a 21 de fevereiro de 2017 em: http://www.pedz.uni-mannheim.de/daten/edz-bn/eua/06/EEA_rep_10_2005.pdf
- Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, Polity Press.

- Esping-Andersen, G. (1994). *After the Golden Age: The Future of the Welfare State in the New Global Order*. Genebra, UNRISD.
- Esping-Andersen, G. (2009). *Três lições sobre o Estado-providência*. Campo da Comunicação.
- European Commission (2002). Europe's response to World Aging – Promoting Economic and Social Progress in an Aging World. A contribution on the European Commission to the 2nd World Assembly on Aging. COM 143 Final. Brussels: European Commission.
- European Commission (2011). Demographt report 2010. *Older, more numerous and diverse Europeans*. Comission staff working document.
- European Commission (2013). Action Group work update. Acedido em: <https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/news/index/show/id/414>
- European Council. (2010). Council conclusions on activeageing. *3019th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council Meeting*, Luxembourg, 7 June.
- Eurostat (2012). Active ageing and solidarity between generations. *A statistical portrait of the European Union 2012*. European Comission.
- Eurostat (2015). People in the EU: who are we and how do we live? Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015. Acedido em 13 de fevereiro de 2017 em: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/7089681/KS-04-15-567-EN-N.pdf/8b2459fe-0e4e-4bb7-bca7-7522999c3bfd>
- Everingham, J., Warburton, J. Cuthill, M., & Bartlett, H. (2012). Collaborative Governance of Ageing: Challenges for Local Government in Partnering with the Seniors' Sector, *Local Government Studies*, 38(2), 161-181. <http://dx.doi.org/10.1080/03003930.2011.615834>
- Faria, D., Oliveira, M., & Simões, J. A. (2012). Políticas Públicas de defesa e promoção dos Direitos dos idosos. *Revista Portuguesa de Bioética*, 16, 67-79.
- Feio, P. & Chorincas, J. (2009). Governação Territorial e Inovação das Políticas Públicas. *Prospectiva e Planeamento*, 16, 137-157.
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, A.A. (2001). Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social:itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia: Problemas e Práticas*, 36, 39-52. CIES/ISCTE/CELTA Editora.
- Fernandes, A.A. (2006). Gender Differences in Health and in Access To Health Care, Intermediary Report,; Projecto financiado pelo Ministério da Saúde.
- Fernandes, A. A. (2008). *Questões Demográficas: Demografia e Sociologia da População*. Lisboa: Edições Colibri – Faculdade de Ciências Sociais e Humans da UNL.
- Fernandes, A.A. (2014). Saúde, doença e (r)evolução demográfica In Fonseca, A.M. (coord.), *Saúde e envelhecimento, novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*, Lisboa: Coisas de Ler.
- Fernandes, A. A. (2016). A proteção Social na Velhice estará em Risco? In Fernandes, A.A., Albuquerque, P.C., & Fonseca, A.M. *A (re)forma das reformas. Uma análise sociológica, económica e psicológica da reforma e do sistema de pensões*, 9-53. Lisboa: Almedina.
- Fernandes, A. A., Perelman, J., & Mateus, C. (2009). Health and health care in Portugal: Does gender matter? Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge.
- Fernandes, A. A., Burnay, R., Gomes, I., Gil, A. P., Marques, A. M., & Botelho, M. A. (2012). Envelhecimento e Saúde: uma Análise de Género. Relatório Final. PTDC/CS-SOC/103608/2008. CICS.NOVA – FCSH/UNL, FCT.
- Fernández-Ballesteros, R., Molina, M. A., Schettini, R., & del Rey, A. L. (2012). Promoting Active Aging Through University Programs for Older Adults. An Evaluation Study. *The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 25(3), 145-154.
- Fernández-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A., & Kalache, A. (2013). Active aging a global goal, *Current Gerontology and Geriatrics Research*, Article ID 298012, 4 pages. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/298012>

- Fernández-Ballesteros, R., Garcia, L. F., Abarca, D., Blanc, E., Efklides, A., Moraitou, D., Kornfeld, R., Lerma, A. J., Mendoza-Numez, V. M., Mendoza-Ruvalcaba, N. M., Orosa, T., Paul, C., & Patricia, S. (2010). The concept of 'ageing well' in ten Latin American and European countries. *Ageing & Society*, 30, 41-56.
- Ferrera, M., Hemerijck, A., & Rhodes, M. (2000). *O Futuro da Europa Social: Repensar o Trabalho e a Protecção Social na Nova Economia*. Oeiras: Celta Editora.
- Fialová, D., Topinková, E., Gambassi, G., Finne-Soveri, H., Jónsson, P. V., Carpenter, I., Schroll, M., Onder, G., Sørbye, W., Wagner, C., Reissigová, J., & Bernabei, R. (2005). Potentially Inappropriate Medication Use Among Elderly Home Care Patients in Europe. *Journal of American Medical Association*, 293(11), 1348-1358.
- Fitzgerald, K. G., & Caro, F. G. (2014). An Overview of Age-Friendly Cities and Communities Around the World. *Journal of Aging & Social Policy*, 26, 1-18.
- Fonseca, A. M. (2004). *O Envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fonseca, A. M. (2012). Desenvolvimento psicológico e processos de transição-adaptação no decurso do envelhecimento. In Paúl, C., Ribeiro, O. (2012) *Manual de Gerontologia*. (95-106). Lidel, Lisboa.
- Fonseca, A. M. (2014). Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico. In A.M. Fonseca (Coord.), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*, 153-179. Lisboa: Coisas de Ler.
- Fonseca, A. M. (2016). Há vida além da reforma? In Fernandes, A. A., Albuquerque, P. C., & Fonseca, A. M. A (re)forma das reformas. *Uma análise sociológica, económica e psicológica da reforma e do sistema de pensões*. 91-155. Lisboa: Almedina.
- Fonseca, A., Duarte, D., & Moreira, S. (2013). Perceções de envelhecimento e regulação do self. Perceptions of ageing and self regulation. *Revista Eletrónica de Psicologia, Educação e Saúde*, 1, 93-117.
- Fonseca, A., Paúl, C., & Martin, I. (2008). Life satisfaction and quality of life amongst elderly Portuguese living in the community. *Portuguese Journal of Social Science*, 7(2), 87-102.
- Fonseca, A., Teixeira, L., & Paúl, C. (2010). Inquérito de Satisfação com a Vida (ISV). ICBAS, Porto.
- Fonseca, A., Teixeira, L., & Paul, C. (2011). Inventory of Life Satisfaction (ILS): A validation study among Portuguese middle-aged and older people. *Portuguese Journal of Social Science*, 10(2), 205-215.
- Fontes, A., Botelho, A., & Fernandes, A. A. (2014). A Biopsychosocial Evaluation Method and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF), *Educational Gerontology*, 1-14. <http://dx.doi.org/10.1080/03601277.2011.559856>
- Frangeskou, M., Lopez-Valcarcel, B. & Serra-Maje, L. (2015). Dehydration In The Elderly: A Review Focused On Economic Burden. *The Journal Of Nutrition, Health & Aging*, 19(6), 619-627.
- Fratiglioni, L., Paillard-Borg, S. & Winblad, B. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia, *The Lancet Neurology*, 3(6), 343-53.
- Frye, A. (2014). Growing Old in the City, *Journal of Urban Design*, 19(3), 269-274.
- Gabriel, Z. & Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people, *Ageing & Society*, 24(5), 675-91.
- Garon, S., Paris, M., Beaulieu, M., Veil MSW, A., & Laliberté, A. (2014). Collaborative Partnership in Age-Friendly Cities: Two Case Studies From Quebec, Canada. *Journal of Aging & Social Policy*, 26(1-2), 73-87.
- Geda, Y. E., Roberts, R. O., Knopman, D. S., Christianson, T. J., Pankratz, V. S., Ivnik, R. J., Boeve, B. F., Tangalos, E. G., Petersen, R. C., & Rocca, W. A. (2010). Physical exercise, aging, and mild cognitive impairment – a population-based study. *Archives of Neurology*, 67(1), 80-86.
- Gerstorf, D., Ram, N., Rocke, C., Lindenberger, U., & Smith, J. (2008). Decline in life satisfaction in old age: longitudinal evidence for links to distance-to-death. *Psychology and Aging*, 23(1), 154-168.
- Gil, A. (2007). Envelhecimento Ativo: complementaridades e contradições. *Fórum Sociológico*, 17, 25-36.
- Gil, P. (2010). *Heróis do quotidiano: Dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa: Edição da Fundação Calouste Gulbenkian.

- Glicksman, A., Clark, K., Kleban, M. H., Ring, L., & Hoffman, C. (2014). Building an Integrated Research/Policy Planning Age-Friendly Agenda. *Journal of Aging & Social Policy*, 26(1-2), 131-146.
- Gnatzy, T., Warth, J., Gracht, H., & Darkow, I. (2011). Validating an innovative real-time Delphi approach - A methodological comparison between real-time and conventional Delphi studies. *Technological Forecasting and Social Change*, 78(9), 1681-1694.
- Goerres, A. (2007). Why are Older People More Likely to Vote? The Impact of Ageing on Electoral Turnout in Europe, *Journal Compilation of Political Studies Association*, 9, 90-121.
- Grach, H. (2012). Consensus measurement in Delphi studies Review and implications for future quality assurance. *Technological Forecasting and Social Change*, 79(8), 1525-1536.
- Greene, J. C., & McClintock, C. (1985). Triangulation in evaluation: Design and analysis issues. *Evaluation Review*, 9, 523-545.
- Greene, J. C., Caracelli, V. J. & Graham, W. F. (1989). Toward a Conceptual Framework for Mixed-Method Evaluation Designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis Fall*, 11(3), 255-274.
- Green-Pedersen, C., & Haverland, M. (2002). The new politics and scholarship of the welfare state. *Journal of European Social Policy*, 12, 43-51.
- Grimby, A., & Rosenhall, U. (1995). Health-related quality of life and dizziness in old age. *Gerontology*, 41(5), 286-298.
- Guillemard, A. M. (1980). *La vieillesse et l'État*, Paris: PUF, Col. Publiques.
- Guillemard, A. M. (1988). Etat et Politique Sociale. Le Cas de la Politique Française de la Veillesse, *Les Cahiers de la Recherche sur le Travail Social*, 15, 115-136.
- Guillemard, A. M. (2005). Une nouvelle gestion des âges en réponse au vieillissement de la population. *Conférence de clôture prononcée à L'Université de Porto le 15 avril 2005 à l'occasion de la reencontre Internationale «Envelhecimento, família e políticas sociais»*. Acedido a 2 de Março de 2017 em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3735.pdf>
- Guillemard, A. M. (2008). *Où va la protection sociale?* Paris: Presses Universitaires de France.
- Hagstromer, M., Bergman, P., Bauman, A., & Sjostrom, M. (2006). The international prevalence study (IPS): health enhancing physical activity in Sweden. *Journal of Public Health*, 14(5), 301-308.
- Hansen-Kyle, L. (2005). A concept analysis of healthy aging. *Nursing Forum*, 40(2), 45-57.
- Hassenteufel, P. (2008). *Sociologie politique: l'action publique*. Paris: Armand Colin.
- Haverland, M., & Marier, P. (2008): Introduction: Adapting Public Policies for an Ageing Society, *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 10(1), 16.
- Healthy Ageing Project (2007). *Healthy Ageing: A Challenge for Europe*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health. Acedido a 3 de Dezembro de 2015 em: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_26_frep_en.pdf
- Heath, G. W., Brownson, R. C., Kruger, J., Miles, R., Powell, K. E., Ramsey, L. T., & the Task Force on Community Preventive Services (2006). The Effectiveness of Urban Design and Land Use and Transport Policies and Practices to Increase Physical Activity: A Systematic Review. *Journal of Physical Activity and Health*, 3, Suppl 1, S55-S76.
- Hendry, M., Williams, N., & Wilkinson, C. (2008). A survey of local health promotion initiatives for older people in wales. *BMC Public Health*, 8, 217.
- Hernandez, S. S., Coelho, F. G., Gobbi, S., & Stella, F. (2010). Efeito de um programa de atividade física nas funções cognitivas, equilíbrio e risco de quedas em idosos com demência de Alzheimer. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 14(1), 68-74.
- Hockey, A., Phillips, J., & Walford, N. (2013). Planning for an Ageing Society: Voices from the Planning Profession. *Planning Practice & Research*, 28(5), 527-543.
- Howe, D. A. (2001). Aging and Smart Growth: Building Aging-Sensitive Communities. *Funder's Network for Smart Growth and Livable Communities*, Translation Paper, 7.

- Howlett, M., & Lindquist, E. (2004). Policy Analysis and Governance: Analytical and Policy Styles in Canada. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 6(3), 225-249.
- Howlett, M., & Ramesh, M. (2003). *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Sybsystems* (2nd. Ed.). Canada: Oxford University Press.
- Huber, E., & Stephens, J. (2005). *Welfare States and the Economy. The Handbook of Economic Sociology (second edition)*. Princeton University Press and Russell Sage Foundation.
- Iecovich, E. (2014). Aging in place: From theory to practice. *Anthropological Notebooks*, 20(1), 21-33.
- ILC-BR (2015), *Active Ageing: A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution, 1st edition*. International Longevity Centre Brazil, Rio de Janeiro, Brazil.
- Ilmarinen, J. (2010). 30 years of Work Ability and 20 years of Age Management in Finland. *4th Symposium on Work Ability*, Tampere, Finland, June.
- INE (2011). CENSOS 2011 Resultados Definitivos Portugal. Instituto Nacional de Estatística.
- Johnson, D. R., & Wu, J. (2002). An Empirical Test of Crisis, Social Selection, and Role Explanations of the Relationship Between Marital Disruption and Psychological Distress: A Pooled Time-Series Analysis of Four-Wave Panel Data. *Journal of Marriage and the Family*, 64(1), 211-224.
- Kapucu, N., Yuldashev, F., & Bakiev, E. (2009). Collaborative Public Management and Collaborative Governance: Conceptual Similarities and Differences. *European Journal of Economic and Political Studies*, 2(1), 39-60.
- Keeley, B. (2007). *OECD Insights – Human Capital: How what you know shapes your life*, Paris, OECD Publishing.
- Kenzer, M. (1999). Healthy cities: a guide to the literature. *Environment and Urbanization*, 11(1), 201-220.
- Keyes, L., Phillips, D. R., Sterling, E., Manegdeg, T., Kelly, M., Trimble, G., & Mayerik, C. (2014). Transforming the Way We Live Together: A Model to Move Communities From Policy to Implementation, *Journal of Aging & Social Policy*, 26(1-2), 117-130.
- Kochera, A., & Guterbock, T. (2005). *Beyond 50.05. A report to the nation on livable communities: Creating environments for successful aging*. Washington, DC: AARP. Acedido a 14 de Abril de 2017 em: http://assets.aarp.org/rgcenter/il/beyond_50_communities.pdf
- Kooiman, J. (2003). *Governing as Governance*. London: Sage Publication.
- Le Galès, P. (2011). Urban Governance in Europe: What is Governed. In Bridge, G., & Watson, S. (org.); *The new Blackwell Companion to the City*. doi: 10.1002/9781444395105.ch65
- Lehning, A. J. (2014). Local and Regional Governments and Age-Friendly Communities: A Case Study of the San Francisco Bay Area. *Journal of Aging and Social Policy*, 26(1-2), 102-116.
- Lenoir, R. (1979). L'invention du troisieme âge; constitution du champ des agents de gestion de la viellesse. *Actes de la recherché en sciences sociales*, 26-27.
- Lindley, R., Duell, N., Arnkil, R., Baldauf, B., Bosworth, D., Casey, B., Gelderblom, A., & Leitzke, S. (2006). Ageing and Employment: Identification of Good Practice to increase job opportunities and maintain older workers in employment. Final report. *European Commission: DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities*. Brussels.
- Littlecott, H. J., Fox, K. R., Stathi, A., & Thompson, J. L. (2015). Perceptions of success of a local UK public health collaborative. *Health Promotion International*, 1-11.
- Lloyd, L., Tanner, D., Milne, A., Ray, M., Richards, S., Sullivan, M. P., Beech, C., & Phillips, J. (2014). Look after yourself: active ageing, individual responsibility and the decline of social work with older people in the UK. *European Journal of Social Work*, 17(3), 322-335.
- Lopes, A., & Lemos, R. (2012). Envelhecimento Demográfico: Percursos e Contextos de Investigação na Sociologia Portuguesa Sociologia. *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 2, 13-32.
- Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., Mota, J., Teixeira, P., Rodrigues, S., Lobato, L., Magalhães, V., Correia, D., Pizarro, A., Marques, A., Vilela, S., Oliveira, L., Nicola, P., Soares, S., & Ramos, E. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física IAN-AF 2015-2016*. UPorto.

Acedido a 22 de Abril de 2017 em: https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-AF_%20Relat%C3%B3rio%20Resultados_v1.1.pdf

- Lowndes, V., Pratchett, L., & Stoker, G. (2006). Local Political Participation: The Impact of Rules-In-Use, *Public Administration*, 84(3), 539-561.
- Machado, P. (2005). As malhas que a (c)idade tece. Mudança social, envelhecimento e velhice em meio urbano (Tese de Doutoramento). FCSH/UNL, Lisboa.
- Madeira, T., Peixoto-Plácido, C., Goulão, B., Mendonça, N., Alarcão, V., Santos, N., Machado de Oliveira, R., Yngve, A., Bye, A., Bergland, A., Lopes, C., Nicola, P., Santos, O., & Gorjão Clara, J. (2016). National survey of the Portuguese elderly nutritional status: study protocol. *BMC Geriatrics*, 16, 139.
- Maher Jr, R. L., Hanlon, J. T., & Hajjar, E. R. (2013). Clinical Consequences of Polypharmacy in Elderly. *Expert Opin Drug Saf*. 13(1), 57-65.
- Malanowski, N. (2009). ICT-based applications for active ageing: challenges and opportunities. In Cabrera, M. & Malanowski, N. (eds), *Information and Communication Technologies for Active Ageing: Opportunities and Challenges for the European Union* (107-27) Amsterdam: IOS Press.
- Malter, F., Abduladze, L., Balster, E., Börsch-Supan, A., Czaplicki, C., Das, M., Luca, G., Matos, A. D., Gál, R., Ganninger, M., Häder, S., Kézdi, G., Kneip, T., Korbmacher, J., Kotte, M., Krieger, U., Lavrač, V., Litwin, H., Lynn, P., Majcen, B., Martens, M., Mašič, S., Barros, P. P., Roll, A., Sakkaeus, L., Schaan, B., Shiovitz-Ezra, S., Stoeckel, K., & Wijnant, A. (2013). SHARE Wave 4 Innovations & Methodology. *Munich: Max Planck Institute for Social Law and Social Policy*. Consultado a 12 deAbril de 2017 em: http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/Method_FRB_FINAL.pdf
- Manheimer, R. J. (1998). The promise and politics of older adult education. *Research on Aging*, 20, 391-414.
- March, M. S. B., & Lawer, K. (2014). Changing Practice and Policy to Move to Scale: A Framework for Age-Friendly Communities Across the United States. *Journal of Aging & Social Policy*, 26 (1-2, Age-Friendly Cites and Communities Around the World), 19-32.
- Marshall, V. W. (2013). Global Aging and Families Some Policy Concerns about the Global Aging Perspective. In Silverstein, M. & Giarrusso, R. *Kinship and Cohort in an Aging Society: From Generation to Generation*, 265-283, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Martin, S. L., Baker, R. P., & Piper, B. J. (2015). Evaluation of urban-rural differences in pharmacy practice needs in Maine with the MaPPNA. *Pharmacy Practice*, 13(4), 669.
- Martin, I., Santinha, G., Rito, S., & Almeida, R. (2012). Habitação para pessoas idosas: problemas e desafios em contexto português. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*. Número temático: Envelhecimento demográfico, 177-203.
- Matos, M. (2014). Metodologias qualitativas e quantitativas: de que falamos? *Forum Sociológico*.
- Meehan, E. (2003) From Government to Governance, Civic Participation and ‘New Politics’; the Context of Potential Opportunities for the Better Representation of Women. Centre for Advancement of Women in Politics School of Politics and International Studies, Queen's University Belfast, Occasional Paper No. 5.
- Mendes, F. R. (2005). *Conspiração Grisalha. Segurança Social, Competitividade e Gerações*. Oeiras: Celta Editora.
- Mendes, F. R. (2011). *Segurança Social: O futuro hipotecado*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Menec, V. H., Means, R., Keating, N., Parkhurst, G., & Eales, J. (2011). Conceptualizing Age-Friendly Communities. *Canadian Journal on Aging*, 30(3), 479-493.
- MetLife (2010). *Livable community indicators for sustainable aging in place*. New York, NY: Metropolitan Life Insurance Company.
- Minghelli, B., Tomé, B., Nunes, C., Neves, A., & Simões, C. (2013). Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 40(2), 71-76.
- Mota, L. (2010). Implementação de políticas públicas em quadro de public governance: colaboração inter-organizacional como factor-chave (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa.
- Mozzicafreddo, J. (1997). *Estado Providência e Cidadania em Portugal*. Oeiras: Celta

- Mroczek, D. K., & Spiro, A. (2005). Change in life satisfaction during adulthood: findings from the veterans affairs normative aging study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 189-202.
- Nazareth, M. J. (2009). *Crescer e envelhecer. Constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico*. Barcarena: Editorial Presença.
- Neal, M.B., DeLaTorre, A.K., & Carder, P.C. (2014). Age-Friendly Portland - A University-City-Community Partnership. *Journal of Aging and Social Policy*, 26(1-2), 88-101.
- Neal, M. B., Chapman, N., Dill, J., Sharkova, I., DeLaTorre, A., Sullivan, K., Kanai, T., & Martin, S. (2006). *Age-Related Shifts In Housing And Transportation Demand*. A Multidisciplinary Study Conducted for Metro by Portland State University's College of Urban and Public Affairs. Final Report. Acedido a 26 de Março de 2017 em: https://www.pdx.edu/sites/www.pdx.edu.ioa/files/media_assets/cupa_age_related_shifts.pdf
- Neves, B. B., Amaro, F., & Fonseca, J. (2013). Coming of (Old) Age in the Digital Age: ICT Usage and Non-Usage Among Older Adults. *Sociological Research Online*, 18(2), 6.
- Novo, R., & Prada, A. (2015). A teleassistência e o idoso: novos desafios para a cooperação intersectorial. *EDUSER: revista de educação*, 7(1).
- O'Shea, E. (2006). Developing a healthy ageing policy for Ireland: The view from below. *Health Policy*, 76, 93-105.
- OCDE (2000). *Reforms for an Ageing Society*. Paris: OECD editions.
- Olshansky, S. J., Biggs, S., Achenbaum, W. A., Davison, G.C., Fried, L., Gutman, G., Kalache, A., Khaw, K., Fernandez, A., Rattan, S., Guimaraes, R. M., Milner, C., & Butler, R. (2011). The Global Agenda Council on the ageing society: policy principles. *Global Policy*, 2, 97-105.
- Onishi, C., Yuasa, K., Sei, M., Ewis, A.A., Nakano, T., Munakata, H., & Nakahori, Y. (2010). Determinants of life satisfaction among Japanese elderly women attending health care and welfare service facilities. *The Journal of Medical Investigation*. 57(1-2), 69-80.
- Ozanne, E., Biggs, S., & Kurowski, M. S. W. (2014). Competing Frameworks in Planning for the Aged in the Growth Corridors of Melbourne, *Journal of Aging & Social Policy*, 26(1-2), 147-165.
- Palier, B. (2009). Que Estado-providência para as sociedades pós-industriais envelhecidas? In: Esping-Andersen, G. (2009). *Três lições sobre o Estado-providência*. Campo da Comunicação, 27-35.
- Parsons, W. (1995). *Public Policy: An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*. Aldershot: Edward Elgar Publishing.
- Pastalan, L. A. (1990). Preface. In Pastalan, L. A. (Ed.), *Aging in place: The role of housing and social supports* (ix-xii). New York: Haworth Press.
- Paúl, C. (2012). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da gerontologia. In Paúl, C., & Ribeiro, O. (org). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Paulier, B. (2009). Que Estado-providência para as sociedades pós-industriais envelhecidas? In Esping-Andersen, G. (2009). *Três lições sobre o Estado-providência*. Campo da Comunicação, 27-35.
- Pereirinha, J. A. (2008). *Política Social. Formas de Atuação no Contexto Europeu*. Universidade Aberta.
- Pereirinha, J. A. & Carolo, D. F. (2009). A construção do Estado-providência em Portugal: evolução da despesa social de 1935 a 2003. *Working paper*, Gabinete de História Económica e Social.
- Pereirinha, J. A., Arcanjo, M., & Carolo, D. (2008). Social protection and family policy in the Portuguese corporatism: the creation and development of family allowances in the Estado-Novo period. *Paper presented to Congreso de la Asociación Española de Historia Económica*. Murcia, Septiembre.
- Peters, B. G., & Pierre, J. (2006). Introduction. In Peters, B. G., & Pierre, J. (Eds.), *Handbook of Public Policy*, London: Sage, 1-9.
- Peters, B. G. (2005). I'm OK, you're (not) ok: the private welfare state in the United States. *Social Policy and Administration*, 39, 166-180.
- Phelan, E. A., Anderson, L. A., LaCroix, A. Z., & Larson, E. B. (2004). Older adults' views of "successful aging": How do they compare with researchers' definitions? *Journal of American Geriatrics Society*, 52(2), 211-216.

- Phillipson, C. (2013). *Ageing*. Cambridge: Polity Press.
- Phillipson, C., & Smith, A. (2005). Extending working life: A review of the research literature. London: Department of Work and Pensions, *Research Report*, 299.
- Phillipson, C., & Vincent, J. (2007). Globalization and aging. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology* (2nd ed.), 630-635. Amsterdam: Elsevier.
- Pierre, J. & Peters, B. G. (2000). *Governance, Politics and the State*. Basingstoke: Macmillan.
- Pierson, P. (1998). Irresistible forces, immovable objects: post-industrial welfare states confront permanent austerity. *Journal of European Public Policy*, 5, 539-560.
- Pierson, P. (2000). Three Worlds of Welfare State Research. *Comparative Political Studies*, 33, 791-821.
- Pierson, P. (2002) Retrenchment and restructuring in an age of austerity: what (if anything) can be learned from the affluent democracies? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento), 7-11.
- Pimentel, L. (2007). A prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes: uma análise das relações familiares intergeracionais e de germanidade (Tese de Doutoramento). ISCTE, Lisboa.
- Popescu, L. G. (2013). From a holistic approach of public policy to co-governance *Theoretical and Applied Economics*, 7(584), 95-108.
- Prince, M., Ali, G. C., Guerchet, M., Prina, A. M., Albanese, E., & Wu, Y. T. (2016). Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia. *Alzheimer's Research & Therapy*, 8(23), 1-13.
- Quadros, A. C.: Santos, R. F., Lamonato, A. C., Toledo, N. A., Coelho, F. G., & Gobbi, S. (2008). Estudo do nível de atividade física, independência funcional e estado cognitivo de idosos institucionalizados: análise por gênero. *Brazilian Journal of Biomotricity*, 2(1), 39-50.
- Quaresma, M. (1988). Política de Velhice. Análise e Perspectivas. *Psicologia*, 2, 227-237.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais (5ª Ed)*, Gradiva: Portugal.
- Ribeiro, O. (2012). Género e Envelhecimento. In Paúl, C. & Ribeiro, O. (org) *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). Envelhecimento Ativo. In Ribeiro, O. & Paúl, C. (org) *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.
- Rodrigues, M. (2015). A efetividade da participação em fóruns de governança colaborativa da Sabesp: uma proposta teóricometodológica comparativa. *Interseções*, 17(1), 79-108.
- Rodríguez, M. I. G. (2010). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*, Junta de Andalucía.
- Rosavallon, P. (1981). *A crise do Estado Providência*. Lisboa: Editorial Inquérito.
- Rowe, G., Wright, G., & Bolger, F. (1991). Delphi. A Reevaluation of Research and Theory, *Technological Forecasting and Social Change*, 39, 235-251.
- Rybkowska, A., & Scheider, M. (2011). Housing conditions in Europe in 2009. Statistics in focus (4, Population and social conditions), *EUROSTAT*. Acedido a 20 de Abril de 2017 em: http://www.inequalitywatch.eu/IMG/pdf/housing_europe.pdf
- Sallis, J.F., Bauman, A., & Pratt, M. (1998). Environmental and policy interventions to promote physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 15(4), 379-97.
- Santos, A. J., Nicolau, R., Fernandes, A. A., & Gil, A. P. (2013). Prevalência da violência contra as pessoas idosas: Uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 72, 53-77.
- Schimmack, U., Diener, E., & Oishi, S. (2002). Life-satisfaction is a momentary judgment and a stable personality characteristic: the use of chronically accessible and stable sources. *Journal of Personality*, 70(3), 345-384.
- Shiels, P. G., & Ritzau-Reid, K. (2015). Biological Ageing, Inflammation and Nutrition: How Might They Impact on Systemic Sclerosis? *Current Aging Science*, 8, 123-130.

- Silva, E. (2006). “Se fosse tudo bem, a velhice era boa de enfrentar!” Racionalidades leigas sobre envelhecimento e velhice - um estudo no Norte de Portugal (Tese de Doutoramento em Sociologia). Universidade Aberta, Lisboa.
- Silva, P. A. (2002). O Modelo de Welfare da Europa do Sul. Reflexões sobre a utilidade do conceito. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 38, 25-59.
- Silva, P. A. (2003). Building a Welfare State in a Context of Austerity: The Portuguese case. In Monteiro, F. et al. *Strategic Options in a European Context*. Lexington Books.
- Smeaton, D., Vegeris, S., & Sahin-Dimen, M. (2009). Older workers: Employment preferences, barriers and solutions. *Manchester: Equality and Human Rights Commission*, Research Report 43.
- Smith, M. L., Hochhalter, A. K., & Ory, M. G. (2011). Successful Aging and Resilience: Applications for Public Health and Health Care. In Resnick, B. et al. (eds.), *Resilience in Aging*, New York, Springer, 15-29.
- Souza, C. (2006). Políticas Públicas: uma revisão da Literatura. *Sociologias*, 16, 20-45.
- Spirduso, W. (1995). *Physical Dimensions of aging*. Champaign Illinois, Human Kinetics.
- Stephoe, A., Deaton, A., & Stone, A. (2015). Subjective wellbeing, health and ageing. *Lancet*, 385, 640-648.
- Stoker, G. (1998). Governance as theory: five propositions. *International Social Science Journal*, 50(155), 17-28.
- Stoker, G. (2010). El estudio comparado de la gobernanza local: hacia un enfoque global. The Comparative Study Of Local Governance: Towards A Global Approach. *Política y Sociedad*, 47(3), 207-218.
- Stoker, G. (2011). Was Local Governance Such A Good Idea? A Global Comparative Perspective. *Public Administration*, 89(1), 15-31.
- Tam, M. (2011). Active ageing, active learning: policy and provision in Hong Kong, *Studies in Continuing Education*, 33(3), 289-299.
- Teixeira, C. M., Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H. M., & Brustad, R. J. (2013). Physical activity, depression and anxiety among the elderly. *Springer*, 113, 307-318.
- Teixeira, I. & Neri, A. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicol.USP*, 19(1), 81-94.
- Tsujinaka, Y., Ahmed, S., & Kobashi, Y. (2013). Constructing Co-governance between Government and Civil Society: An Institutional Approach to Collaboration. *Public Organization Review*, 13, 411-426.
- Tyndall, A. V., Davenport, M. H., Wilson, B. J., Burek, G. M., Arsenault-Lapierre, G., Haley, E., Eskes, G., Friedenreich, C. M., Hill, M. D., Hogan, D. B., Longman, R. S., Anderson, T. J., Leigh, R., Smith, E. E., & Poulin, M. J. (2013). The brain-in-motion study: effect of a 6-month aerobic exercise intervention on cerebrovascular regulation and cognitive function in older adults. *Biomed Central Geriatrics*, 13(21), 1-10.
- UNESCO (2006). Overcoming the barriers and seizing the opportunities for active ageing policies in Europe. *International Social Science Journal*, 58, 617-631.
- Van Dijk, H. (2015). Neighbourhoods for ageing in place (PhD thesis). Erasmus University, Rotterdam.
- Van Gelder, B. M., Tijhuis, A. R., Kalmijn, S., Giampaoli, S., Nissinen, A., & Kromhout, D. (2004). Physical activity in relation to cognitive decline in elderly men, *Neurology*, 63(12), 2316-21.
- Vandervoort, A. A. (1995). Biological and Physiological changes. In Pickles, B., Compton, A., Coot, C., Simpson, J. & Vandervoort, A. A. (Eds.) *Physiotherapy with older people*. London, WB Saunders Company Ltd, 67-80.
- Vaz, M. E. (2006). “Se fosse tudo bem, a velhice era boa de enfrentar!” Racionalidades leigas sobre envelhecimento e velhice – um estudo no Norte de Portugal (Tese de Doutoramento em Sociologia). Universidade Aberta, Lisboa.
- Veenhoven, R. (1991). Questions on happiness: Classical topics, modern answers, blind spots. In Strack, F., Argyle, M., Schwarz, N. (Eds.). *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective*, 7-26, London, United Kingdom: Pergamon Press.

- Vital, M. T., Hernandez, S. S., Stein, A. M., Garuffi, M., Corazza, D. I., Andrade, L. P., Costa, J. L., & Stella, F. (2012). Depressive symptoms and level of physical activity in patients with Alzheimer's disease. *Geriatrics & Gerontology International*, 12(4), 637-642.
- Walker, A. (2002a). Ageing in Europe: policies in harmony or discord? *International Journal of Epidemiology*, 31, 758-761.
- Walker, A. (2002b). The ESRC Growing Older Research Programme, *Social Policy & Society*, 1(2), 129-38.
- Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 2(1), 2-12.
- Walker, A. (2008) Commentary: The Emergence and Application of Active Aging in Europe, *Journal of Aging & Social Policy*, 21(1), 75-93. doi: 10.1080/08959420802529986
- Walker, A., & Maltby, T. (2012). Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, 21, 117-130.
- Waszyk-Nowaczyk, M., BłAszczyk, K., Michalak, M. & Simon, M. (2016). Pharmaceutical Care Form Application In Elderly Patients Research. *Acta Poloniae Pharmaceutica - Drug Research*, 73(5), 1375-1380.
- Whitten, P., & Kailis, E. (1999). Housing Conditions of the elderly in the EU. *Statistics in focus. Theme 3. Population and social conditions*. European Commission.
- WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion, World Health Organization – Europe. Acedido a 9 de Fevereiro de 2017 em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
- WHO (1995). Building a healthy city: a practitioner's guide, Geneva: World Health Organization. Acedido a 24 de Abril de 2017 em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/62542/1/WHO_EOS_95.10.pdf
- WHO (2002). *Active ageing: a policy framework*. Geneva: World Health Organization
- WHO (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2005). Health risks of particulate matter from long range transboundary air pollution. *European Centre for Environment and Health*. World Health Organization - Europe.
- WHO (2006). Healthy Cities and urban governance. *International Healthy Cities Foundation*. World Health Organization, Europe.
- WHO (2007). Global Age-friendly Cities: A Guide. Acedido a 24 de Abril de 2017 em: http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf
- WHO. (2014). Healthy cities. Promoting health and equity – evidence for local policy and practice, Copenhagen: World Health Organization.
- Yen, I. H., & Anderson, L.A. (2012). Built Environment and Mobility of Older Adults: Important Policy and Practice Efforts. *The American Geriatrics Society*, 60(5), 951–956.
- Young, A. & Dinan, S. (2005). Activity in later life. *British Medical Journal*, 330, 189-191.
- Zaidi, A., Gasior, K., Hofmarcher, M. M., Lelkes, O., Marin, B., Rodrigues, R., Schmidt, A., Vanhuyse, P., & Zolyomi, E. (2013). Active Ageing Index 2012. Concept, Methodology and Final Results. *Research Memorandum*. European Centre Viena, March.
- Ziebarth, A., Erm, H., & Hwang, E. (2010). Designing age-friendly communities. Retrieved from http://www.informedesign.org/_news/march_v08.pdf
- Zito, A. T. (2005). The Rise of 'New' Policy Instruments in Comparative Perspective: Has Governance Eclipsed Government? *Political Studies*, 53(3), 477-496.

ANEXOS

ANEXO I - VARIÁVEIS SELECIONADAS NO QUESTIONÁRIO SHARE WAVE 4 – versão portuguesa

DN042_OBSERVAÇÃO

ENTREVISTADOR: Aponte o sexo do(a) respondente a partir da observação (perguntar se não tiver a certeza)

- 1. Masculino
- 2. Feminino

DN043_ Só para confirmar: nasceu em [{mês de nascimento do(a) respondente}] [{ano de nascimento do(a) respondente}]?

- 1. Sim
- 5. Não

DN002_ Em que mês e ano nasceu?

MÊS:

ANO:

- 1. Janeiro
- 2. Fevereiro
- 3. Março
- 4. Abril
- 5. Maio
- 6. Junho
- 7. Julho
- 8. Agosto
- 9. Setembro
- 10. Outubro
- 11. Novembro
- 12. Dezembro

DN010_ Observe o cartão [ShowCardID].

Qual o nível de escolaridade mais elevado que completou?

- 1. Ensino Básico - 1º Ciclo
- 2. Ensino Básico - 2º Ciclo
- 3. Ensino Básico - 3º Ciclo
- 4. Ensino Secundário
- 5. Ensino Pós-Secundário
- 6. Ensino Superior – Bacharelato
- 7. Ensino Superior – Licenciatura
- 8. Ensino Superior – Mestrado
- 9. Ensino Superior – Doutoramento
- 95. Ainda não completou nenhum nível de ensino / a estudar
- 96. Nenhum
- 97. Outro (inclui diploma obtido no estrangeiro)

DN014_ Observe o cartão [ShowCardID].

Qual é o seu estado civil?

- 1. Casado(a), a viver com a(o) esposa(marido)
- 2. União de facto
- 3. Casado(a), a viver separado(a) da(o) esposa(marido)
- 4. Solteiro(a)
- 5. Divorciado(a)
- 6. Viúvo(a)

SN002a_ Há mais pessoas (com quem fala frequentemente sobre coisas que lhe são importantes)?

ENTREVISTADOR: Clique "1. Sim" se for óbvio que existem mais

- 1. Sim
- 5. Não

SN003a Há (mais) alguém que seja muito importante para si por outra razão qualquer?

- 1. Sim
- 5. Não

SN007 Durante os últimos doze meses, com que frequência contactou com [{Primeiro nome da pessoa na lista}], pessoalmente, por telefone ou por correio?

ENTREVISTADOR: Qualquer tipo de contacto, incluindo por exemplo e-mail, sms ou outros meios

- 1. Diariamente
- 2. Várias vezes por semana
- 3. Cerca de uma vez por semana
- 4. Aproximadamente de duas em duas semanas
- 5. Cerca de uma vez por mês
- 6. Menos de uma vez por mês
- 7. Nunca

SN012 De uma forma geral, qual o seu grau de satisfação com [relação que teve com a pessoa/relações que teve com as pessoas] de quem acabámos de falar?

Responda numa escala de 0 a 10, sendo que 0 significa completamente insatisfeito e 10 significa completamente satisfeito.

_____ (0..10)

SN017 Indicou que não tem ninguém com quem falar sobre assuntos importantes e que não há ninguém que seja importante para o(a) senhor(a) por qualquer outro motivo. Numa escala de 0 a 10, em que 0 significa que está extremamente insatisfeito e em que 10 significa que está extremamente satisfeito, qual o seu grau de satisfação com essa situação?

_____ (0..10)

PH003 Diria que a sua saúde é...

ENTREVISTADOR: Ler em voz alta

- 1. Excelente
- 2. Muito boa
- 3. Boa
- 4. Razoável
- 5. Má

PH004 Algumas pessoas sofrem de problemas de saúde crónicos ou de longa duração. Por longa duração entendemos que o(a) incomodou ou que provavelmente o(a) afectou durante um período de tempo. Tem problemas de saúde, doenças, incapacidade ou enfermidades de longa duração?

ENTREVISTADOR: Incluir problemas de saúde mental

- 1. Sim
- 5. Não

PH005 Durante, pelo menos, os últimos seis meses, em que medida se sentiu limitado devido a algum problema de saúde ao realizar actividades que as pessoas fazem com frequência?

ENTREVISTADOR: Ler em voz alta

- 1. Muito limitado
- 2. Limitado, mas não muito
- 3. Não limitado

PH061 Tem algum problema de saúde ou incapacidade que limita o tipo ou a quantidade de trabalho remunerado que pode realizar?

- 1. Sim
- 5. Não

PH006 Observe o cartão [ShowCardID].

[Alguma vez o médico lhe disse que tinha/teve/Actualmente tem] algum dos problemas de saúde referidos neste cartão? [{empty}/Com isto queremos dizer se algum médico lhe disse que tem este problema de saúde, e se actualmente está a ser tratado ou a se está limitado por este problema./] Indique o número ou os números desses problemas de saúde.

ENTREVISTADOR: Atribua um código a todas as opções aplicáveis

- 1. Um ataque de coração, incluindo enfarte do miocárdio ou trombose coronária, ou qualquer outro problema cardíaco, incluindo insuficiência cardíaca congestiva
- 2. Tensão arterial elevada ou hipertensão
- 3. Nível elevado de colesterol no sangue
- 4. Uma trombose ou um acidente vascular cerebral (AVC)
- 5. Diabetes ou nível elevado de açúcar no sangue
- 6. Doença pulmonar crónica, tal como bronquite crónica ou enfisema pulmonar
- 8. Artrite, incluindo artrose ou reumatismo
- 10. Cancro ou tumor maligno, incluindo leucemia ou linfoma, mas excluindo cancros de pele de reduzida gravidade
- 11. Úlcera gástrica, duodenal ou péptica
- 12. Doença de Parkinson
- 13. Cataratas
- 14. Fractura da bacia ou do fémur
- 15. Outras fracturas
- 16. Doença de Alzheimer, demência, síndrome cerebral orgânica, senilidade ou qualquer outra perturbação grave da memória
- 96. Nenhum
- 97. Outros problemas de saúde não mencionados

MH002_ No último mês, sentiu-se triste ou deprimido(a)?

ENTREVISTADOR: Se o(a) participante precisar de uma clarificação, diga "por triste ou deprimido queremos dizer sentir-se em baixo ou melancólico"

- 1. Sim
- 5. Não

MH003_ Quais são as suas expectativas para o futuro?

ENTREVISTADOR: Registe apenas se são, ou não, mencionadas expectativas

- 1. São mencionadas expectativas
- 2. Não são mencionadas expectativas

MH007_ Recentemente, teve dificuldades em dormir?

- 1. Dificuldades em dormir ou mudança recente do padrão de sono
- 2. Não tem dificuldades em dormir

MH022_ Alguma vez um médico lhe disse que tem problemas emocionais ou afectivos, incluindo ansiedade, problemas psiquiátricos ou de ordem nervosa?

- 1. Sim
- 5. Não

HC002_ Agora tenho algumas perguntas sobre os seus cuidados de saúde. Pense nos cuidados que teve nos últimos doze meses. Durante os últimos doze meses, aproximadamente quantas vezes foi ao médico ou falou com um médico sobre a sua saúde? Exclua consultas no dentista e internamentos, mas inclua consultas de urgência ou externas.

ENTREVISTADOR: Se forem mais de 98, insira 98_____ (0..98)

EP005_ Observe o cartão [ShowCardID]. Em geral, qual das seguintes opções melhor descreve a sua situação actual perante o emprego?

ENTREVISTADOR: Seleccione apenas uma opção.

Indique o seguinte apenas se R tiver dúvidas:

1. Reformado(a) (do seu emprego, incluindo reforma parcial, reforma antecipada ou pré-reforma)
2. Empregado(a) por conta de outrem ou por conta própria (trabalho remunerado, incluindo trabalho em empresas familiares mas que não é remunerado – incluindo trabalhadores que são empregados de uma empresa apesar de não estarem a ser remunerados)
3. Desempregado(a) (despedido(a) ou sem trabalho, incluindo desemprego temporário)

4. *Permanentemente doente ou incapacitado(a) (incapacidade parcial ou invalidez)*

5. *Dono(a) de casa (inclui cuidar da casa ou da família, tomar conta dos netos)*

A opção Reformado(a) refere-se apenas a estar reformado(a) do seu emprego. No caso de a pessoa receber uma pensão de sobrevivência e não uma pensão decorrente do emprego não lhe poderá ser atribuído o código de reformado(a). Se não se enquadrar nas categorias 2 a 5, deverá ser-lhe atribuída a opção "Outra situação".

- 1. Reformado(a)
- 2. Empregado(a) por conta de outrem ou por conta própria (incluindo trabalhar num negócio familiar)
- 3. Desempregado(a)
- 4. Permanentemente doente ou incapacitado(a)
- 5. Dono(a) de casa
- 97. Outra situação (vive de rendas, vive das suas propriedades, estudante, realiza trabalho voluntário)

EP329_Em que ano se reformou?

- (1900..2010)

EP064_Observe o cartão [ShowCardID].

Por que motivos se reformou?

ENTREVISTADOR: Atribua um código a todas as opções aplicáveis

- 1. Tornou-se elegível para receber uma pensão pública
- 2. Tornou-se elegível para receber uma pensão ocupacional(pensão paga por empregador)
- 3. Tornou-se elegível para receber uma pensão privada
- 4. Foi-lhe oferecida a opção de reforma antecipada com bónus ou incentivos especiais
- 5. Tornou-se redundante (por exemplo, pré-reforma, desemprego)
- 6. Doença
- 7. Doença de parente ou amigo
- 8. Reformar-se ao mesmo tempo que o marido(a esposa) ou o(a) companheiro(a)
- 9. Passar mais tempo com a família
- 10. Aproveitar a vida

SP002_Por favor observe o cartão [ShowCardID].

Durante os últimos doze meses, algum familiar que não vive consigo, amigo ou vizinho prestou cuidados pessoais ou ajudou com tarefas domésticas o(a) senhor(a) [ou/{empty}][ao seu/a sua/{empty}][marido/esposa/companheiro/companheira/{empty}] ?

- 1. Sim
- 5. Não

SP003_Que [{empty}/outro] familiar que não vive consigo, amigo ou vizinho prestou assistência ao senhor(a) [ou/{empty}][ao seu/a sua/{empty}][marido/esposa/companheiro/companheira/{empty}][na maior parte das vezes/{empty}], nos últimos doze meses?

ENTREVISTADOR: Se a pessoa referida é membro da rede social (i.e foi mencionada no módulo SN) e também tem outros papéis (ex: filho(a), vizinho(a), etc.) codifique a resposta como membro da rede social (i.e, insira o número próximo do nome dele(a)).[lista das pessoas da rede social do entrevistado]

SP023_ENTREVISTADOR: Registe o nome do(a) filho(a)_____

SP005_Nos últimos doze meses, com que frequência o(a) senhor(a) [ou/{empty}][o seu/a sua/{empty}][marido/esposa/companheiro/companheira/{empty}] recebeu este tipo de ajuda desta pessoa? Foi...

ENTREVISTADOR: Ler em voz alta

- 1. Quase todos os dias
- 2. Quase todas as semanas
- 3. Quase todos os meses
- 4. Com menos frequência

SP007_(Por favor observe o cartão [ShowCardID].)

Há algum familiar que não viva consigo, amigo ou vizinho que tenha prestado cuidados pessoais ou ajudado nas tarefas domésticas o(a) senhor(a) [ou/{empty}][o(a) seu(a)/{empty}][marido/esposa/companheiro/companheira/{empty}]?

- 1. Sim
- 5. Não

HO032 De quantas divisões dispõe para seu uso e das pessoas que vivem consigo, incluindo quartos mas excluindo cozinhas, casas de banho e corredores, [e quaisquer divisões que estejam alugadas ou subalugadas/{empty}]]?

ENTREVISTADOR: Não conte despensas, caves, sótãos, etc. _____ (1..25)

HO036 Em que tipo de edifício vive?

ENTREVISTADOR: Ler em voz alta.

- 1. Numa quinta
- 2. Numa moradia (uni)familiar independente
- 3. Numa moradia (uni)familiar geminada
- 4. Num edifício com 3 a 8 apartamentos
- 5. Num edifício com 9 ou mais apartamentos mas com menos de 8 andares
- 6. Num edifício alto com 9 ou mais andares
- 7. Num complexo residencial com serviços para idosos
- 8. Numa habitação especial para idosos (com cuidados disponíveis 24 horas)

HO043 Quantos degraus tem de subir (ou descer) até à entrada principal do seu apartamento?

ENTREVISTADOR: Não inclua os degraus que não utiliza se for de elevador.

- 1. Até 5
- 2. Entre 6 e 15
- 3. Entre 16 e 25
- 4. Mais de 25

HO054 A sua casa tem elevador?

- 1. Sim
- 5. Não

CO007 Pensando no seu rendimento mensal total e das pessoas que vivem consigo, diria que o dinheiro chega até ao fim do mês ...

ENTREVISTADOR: Ler em voz alta.

- 1. Com grande dificuldade
- 2. Com alguma dificuldade
- 3. Com alguma facilidade
- 4. Facilmente

AC012 Numa escala de 0 a 10, em que 0 significa totalmente insatisfeito(a) e 10 totalmente satisfeito(a), diga-nos em que medida está satisfeito(a) com a sua vida?

_____ (0..10)

AC014 Com que frequência considera que a sua idade o(a) impede de fazer coisas que gostaria de fazer? Muitas vezes, às vezes, raramente ou nunca?

- 1. Muitas vezes
- 2. Às vezes
- 3. Raramente
- 4. Nunca

AC019 Com que frequência acredita que a falta de dinheiro o(a) impede de fazer as coisas que quer? (Muitas vezes, às vezes, raramente ou nunca?)

- 1. Muitas vezes
- 2. Às vezes
- 3. Raramente
- 4. Nunca

AC035 Observe o cartão [ShowCardID]. Qual das actividades apresentadas no cartão realizou nos últimos doze meses - se realizou alguma?

ENTREVISTADOR: Atribua um código a todas as opções aplicáveis.

- 1. Fez trabalho voluntário ou de caridade
- 4. Frequentou uma acção de formação

- 5. Frequentou uma associação desportiva, social ou de outro tipo
- 6. Participou nas actividades de uma organização religiosa (igreja, sinagoga, mesquita, etc.)
- 7. Participou numa organização política ou relacionada com a comunidade
- 8. Leu livros, revistas ou jornais
- 9. Jogou jogos de palavras ou números, como palavras cruzadas e Sudoku
- 10. Jogou às cartas ou outros jogos como xadrez
- 96. Nenhuma destas

AC036_Com que frequência [{empty}][o(a) sr(a)][fez trabalho voluntário ou de caridade/tomou conta de uma pessoa doente ou deficiente/ajudou amigos ou vizinhos/frequentou uma acção de formação/frequentou uma associação desportiva, social ou de outro tipo/participou nas actividades de uma organização religiosa (igreja, sinagoga, mesquita, etc.)/participou numa organização política ou relacionada com a comunidade/leu livros, revistas ou jornais/jogou jogos de palavras ou números, como palavras cruzadas e Sudoku/jogou às cartas ou outros jogos como xadrez/] nos últimos doze meses?

ENTREVISTADOR: Ler em voz alta.

- 1. Quase todos os dias
- 2. Quase todas as semanas
- 3. Quase todos os meses
- 4. Com menos frequência

AC037_Numa escala de 0 a 10, em que 0 significa completamente insatisfeito(a) e 10 completamente satisfeito(a), em que medida se sente satisfeito(a) com as actividades que indicou?
 _____(0..10)

AC038_Disse que não está envolvido em nenhuma das actividades indicadas no cartão [ShowCardID]. Em que medida está com essa situação?

Por favor responda numa escala de 0 a 10, em que 0 significa completamente insatisfeito e 10 completamente satisfeito.
 _____(0..10)

ANEXO II QUESTIONÁRIO DO PROJETO PROMOÇÃO LOCAL DO ENVELHECIMENTO ATIVO

I – CARACTERIZAÇÃO

Nome: _____ Data de nascimento: __/__/____ Feminino ☐ Masculino ☐

Local de habitação: Concelho _____ Freguesia _____ Bairro _____

Com quem vive? Cônjuge/Companheiro/a ☐ Familiares ☐ Sozinho ☐ Outros: _____ Nº pessoas do agregado familiar: _____

Está reformado? Não ☐ Sim ☐ Mantém alguma atividade? Sim ☐ Não ☐ Por que motivo se reformou? _____

Com que idade se reformou? _____ Qual foi a sua última profissão/ emprego? _____

Estudou até que ano? _____

O rendimento mensal chega ao fim do mês?

Sim e é sempre superior aos gastos <input type="checkbox"/>	Sim, perfeitamente <input type="checkbox"/>	É a conta certa para as despesas <input type="checkbox"/>	Há meses que não <input type="checkbox"/>	Raramente ou nunca <input type="checkbox"/>
---	---	---	---	---

Se necessário, tem a quem recorrer para ajuda financeira? Sim ☐ Não ☐

II – PARTICIPAÇÃO

Em relação ao funcionamento da Câmara Municipal, atuação do Presidente, Vereadores e Responsáveis, está:

Completamente satisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Muito satisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Satisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Insatisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Muito insatisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Completamente insatisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Não Aplicável <input type="checkbox"/>
--	--	--	--	--	--	--

Razões da Insatisfação: _____

Em relação ao funcionamento das Associações, Instituições e atuação dos seus Dirigentes está:

Completamente satisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Muito satisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Satisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Insatisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Muito insatisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Completamente insatisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Não Aplicável <input type="checkbox"/>
--	--	--	--	--	--	--

Razões da Insatisfação: _____

Costuma votar? Sim ☐ Não ☐

E nas eleições para a Câmara Municipal, Assembleia Municipal e Junta de Freguesia, costuma votar? Sim ☐ Não ☐

O que mais influencia o seu voto nas eleições para a Câmara Municipal, Assembleia Municipal e Junta de Freguesia?

Nada <input type="checkbox"/>	Grupo de amigos <input type="checkbox"/>	Família <input type="checkbox"/>	Partido Político <input type="checkbox"/>	Campanhas eleitorais <input type="checkbox"/>	Igreja <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>
-------------------------------	--	----------------------------------	---	---	---------------------------------	---------------------------------

Está vinculado a algum partido político? Sim ☐ Não ☐

Com quantos familiares, amigos ou vizinhos conversa:

Todos os dias	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 <input type="checkbox"/> 5 a 8 <input type="checkbox"/> ≥ 9 <input type="checkbox"/>
Pelo menos uma vez por semana	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 <input type="checkbox"/> 5 a 8 <input type="checkbox"/> ≥ 9 <input type="checkbox"/>
Pelo menos uma vez por mês	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 <input type="checkbox"/> 5 a 8 <input type="checkbox"/> ≥ 9 <input type="checkbox"/>

Quando tem de tomar uma decisão importante, tem alguém com quem possa falar?

Sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Algumas vezes <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---------------------------------------	--	------------------------------------	--------------------------------

Quando precisa de ajuda (cuidados pessoais, tarefas domésticas...) tem alguém a quem recorrer?

Sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Algumas vezes <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---------------------------------------	--	------------------------------------	--------------------------------

Durante o dia quantas horas fica sozinho? _____

Pratica Atividade Física? Não ☐ Sim ☐ Trata-se de atividades estruturadas? (aulas, programas...) Sim ☐ Não ☐

Qual é a modalidade? _____ Quantas vezes por semana? _____

A Câmara Municipal, Associações ou Instituições do Concelho disponibilizam programas de atividade física sénior.

Participa? Sim ☐ Não ☐ Porquê? _____

A Câmara Municipal, Associações ou Instituições do Concelho disponibilizam programas culturais e recreativos. Participa em algum?

Sim ☐ Designação do Programa: _____

Não ☐

Porquê? _____

Como ocupa o seu tempo?	
Trabalha na agricultura <input type="checkbox"/>	Ocupa-se com as tarefas domésticos (refeições, limpeza, compras...) <input type="checkbox"/>
Cuida de outras pessoas <input type="checkbox"/>	Convive com a família e os amigos <input type="checkbox"/>
Vê Televisão, ouve rádio... <input type="checkbox"/>	Ocupa-se a ler livros, revistas, jornais... <input type="checkbox"/>
Passeia a pé <input type="checkbox"/>	Passeia de bicicleta <input type="checkbox"/>
Participa em eventos culturais, assiste a espectáculos culturais, teatro, cinema... <input type="checkbox"/>	Frequenta uma associação local (desportiva, cultural recreativa...) <input type="checkbox"/>
Frequenta uma Universidade Sénior <input type="checkbox"/>	Faz trabalho voluntariado ou de caridade <input type="checkbox"/>
Frequenta a Biblioteca <input type="checkbox"/>	Vai à Igreja, Sinagoga ou Mesquita, etc <input type="checkbox"/>
Utiliza a internet <input type="checkbox"/>	Costuma viajar <input type="checkbox"/>
Frequenta o centro de dia ou de convívio <input type="checkbox"/>	Faz renda, crochet, tricot... <input type="checkbox"/>
Faz jogos de palavras ou números (palavras cruzadas, sudoku) <input type="checkbox"/>	Ocupa-se com jogos de interação social (cartas, tradicionais, xadrez ou jogo de damas...) <input type="checkbox"/>
Participa numa organização política <input type="checkbox"/>	Outros: _____

III – SEGURANÇA

Tem dificuldades na mobilidade e locomoção (andar, subir e descer escadas)? Sim ☐ Não ☐

Sofreu quedas no último ano? Não ☐ Sim ☐ Quantas? 0 ☐ 1 a 4 ☐ ≥ 4 ☐ Não Sabe ☐

Em que local ocorreram? Em casa ☐ No Bairro ☐ Na Cidade/Vila/Aldeia ☐ Outro: _____

Qual o motivo? _____

A casa onde vive é: Casa Própria ☐ Casa Arrendada ☐ Casa de familiares ☐ Outra: _____

A casa onde vive é: Uma Moradia ☐ Um Apartamento ☐ Parte de casa ☐ Outro: _____

Tem um jardim ou quintal? Sim ☐ Não ☐

Necessita subir muitas escadas? Sim ☐ Não ☐

Quantas divisões tem a sua habitação? 0 a 1 ☐ 2 a 3 ☐ ≥ 4 ☐

Em relação à acessibilidade e segurança da habitação está:						
Completamente satisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Muito satisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Satisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Insatisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Muito insatisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Completamente insatisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Não Aplicável <input type="checkbox"/>
Razões da Insatisfação: _____						

O estado de conservação da casa onde vive é:					
Muito Bom <input type="checkbox"/>	Bom <input type="checkbox"/>	Razoável <input type="checkbox"/>	Precisa de pequenas intervenções <input type="checkbox"/>	Degradada, a precisar de grandes obras <input type="checkbox"/>	Não Responde <input type="checkbox"/>

Em relação à acessibilidade e segurança do lugar onde vive (cidade, vila, aldeia) está:						
Completamente satisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Muito satisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Satisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Insatisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Muito insatisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Completamente insatisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Não Aplicável <input type="checkbox"/>
Razões da Insatisfação:						

Em relação aos serviços disponíveis no lugar onde vive (cidade, vila, aldeia) como farmácias, comércio, espaços verdes, transportes, recolha de lixo... está:						
Completamente satisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Muito satisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Satisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Insatisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Muito insatisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Completamente insatisfeito(a) <input type="checkbox"/>	Não Aplicável <input type="checkbox"/>
Quais os serviços que faltam?						

Qual o meio de transporte que usa habitualmente?							
Carro próprio <input type="checkbox"/>	Transportes públicos <input type="checkbox"/>	Viatura de familiares <input type="checkbox"/>	A pé <input type="checkbox"/>	Taxi <input type="checkbox"/>	Bicicleta <input type="checkbox"/>	Mota <input type="checkbox"/>	Outro _____

IV - SAÚDE

Como descreveria a sua saúde? Excelente ☐ Muito Boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Má ☐

Dorme bem, sem precisar de tomar nenhum medicamento? Sim ☐ Não ☐

Motivo: _____

Quantas horas dorme por noite? Menos de 6h ☐ 7h-8h ☐ Mais de 8h ☐

Considera que tem uma alimentação saudável? Não ☐ Sim ☐ Cuidados que tem: _____

Que refeições faz habitualmente?					
Pequeno-almoço <input type="checkbox"/>	Meio da manhã <input type="checkbox"/>	Almoço <input type="checkbox"/>	Lanche <input type="checkbox"/>	Jantar <input type="checkbox"/>	Ceia <input type="checkbox"/>

Ingere bebidas alcoólicas? Todos os dias ☐ 3 vezes por semana ☐ Uma vez por semana ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

É fumador? Sim ☐ Não ☐

Quais as suas queixas ou problemas de saúde:	
Trombose ou Acidente Vascular Cerebral – AVC <input type="checkbox"/>	Problemas de Visão, Cataratas <input type="checkbox"/>
Colesterol (LDL elevado) <input type="checkbox"/>	Depressão <input type="checkbox"/>
Diabetes ou nível elevado de açúcar no sangue <input type="checkbox"/>	Doenças Reumáticas, Artrite, Osteoartrose, Reumatismo <input type="checkbox"/>
Doenças Neurodegenerativas, Demências, Parkinson, Alzheimer <input type="checkbox"/>	Doenças Pulmonares, Enfizema Pulmonar, Bronquite Crónica, Pneumonia <input type="checkbox"/>
Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/>	Incontinência Urinária, Infecções Urinárias <input type="checkbox"/>
Neoplasias / Cancro <input type="checkbox"/>	Perda de Audição <input type="checkbox"/>
Osteoporose <input type="checkbox"/>	Perturbações Renais <input type="checkbox"/>
Problemas Cardíacos (Angina, enfarte...) <input type="checkbox"/>	Problemas da Próstata <input type="checkbox"/>
Fraturas (bacia, fémur, outras) <input type="checkbox"/>	Nenhum <input type="checkbox"/>

Com que frequência considera que a sua idade o/a impede de fazer coisas que gostaria de fazer?				
Sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Às vezes <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>

V – PERCEPÇÕES, REPRESENTAÇÕES E REPRESENTAÇÕES DA POPULAÇÃO 65+

O que gostaria que houvesse em termos de Serviços de Saúde? _____

Como gostaria que o Centro de Saúde funcionasse? _____

Em poucas palavras, o que entende por Saúde? _____

Em poucas palavras, o que entende por Doença? _____

Que medidas e recursos (condições para a sua saúde, ocupações, distrações e atividades) desejaria que existissem no seu concelho, bairro ou casa, que o(a) ajudariam a viver com mais qualidade nesta fase da vida em que se encontra?

Registo da Resposta:

Indique o seu actual grau de satisfação com os seguintes domínios da sua vida:

1ª PARTE: SERVIÇOS E RECURSOS

- **A disponibilidade de transportes públicos ao meu alcance.**

Completamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Muito insatisfeito(a)	Completamente insatisfeito(a)	Não Aplicável
1	2	3	4	5	6	0

- **A disponibilidade de locais para realizar actividades físicas (praticar desporto, fazer ginástica, dançar), culturais e de lazer (cinema, música, biblioteca, exposições).**

Completamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Muito insatisfeito(a)	Completamente insatisfeito(a)	Não Aplicável
1	2	3	4	5	6	0

- **Os serviços proporcionados pela comunidade (paróquia, junta de freguesia, associações, centros de dia, etc.).**

Completamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Muito insatisfeito(a)	Completamente insatisfeito(a)	Não Aplicável
1	2	3	4	5	6	0

- **A realização de actividades culturais e de lazer, sozinho(a) ou com outras pessoas (membros da família, conhecidos, amigos).**

Completamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Muito insatisfeito(a)	Completamente insatisfeito(a)	Não Aplicável
1	2	3	4	5	6	0

- **A realização de actividades físicas (praticar desporto, fazer ginástica, dançar), sozinho(a) ou com outras pessoas (membros da família, conhecidos, amigos).**

Completamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Muito insatisfeito(a)	Completamente insatisfeito(a)	Não Aplicável
1	2	3	4	5	6	0

- **Os serviços proporcionados pelo estado (segurança social, serviços medidos, subsídios, outras regalias).**

Completamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Muito insatisfeito(a)	Completamente insatisfeito(a)	Não Aplicável
1	2	3	4	5	6	0

2ª PARTE: SAÚDE E SEGURANÇA

- **A minha situação financeira.**

Completamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Muito insatisfeito(a)	Completamente insatisfeito(a)	Não Aplicável
1	2	3	4	5	6	0

- **A minha saúde.**

Completamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Muito insatisfeito(a)	Completamente insatisfeito(a)	Não Aplicável
1	2	3	4	5	6	0

- **A minha condição física.**

Completamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Muito insatisfeito(a)	Completamente insatisfeito(a)	Não Aplicável
1	2	3	4	5	6	0

- **A minha segurança pessoal.**

Completamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Muito insatisfeito(a)	Completamente insatisfeito(a)	Não Aplicável
1	2	3	4	5	6	0

3ª PARTE: RESIDÊNCIA E SOCIABILIDADE

- **A casa (inclui “lar de idosos”) onde eu vivo.**

Completamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Muito insatisfeito(a)	Completamente insatisfeito(a)	Não Aplicável
1	2	3	4	5	6	0

- **O lugar (cidade, vila, aldeia) onde eu vivo.**

Completamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Muito insatisfeito(a)	Completamente insatisfeito(a)	Não Aplicável
1	2	3	4	5	6	0

- **Conversar com familiares, vizinhos ou amigos.**

Completamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Muito insatisfeito(a)	Completamente insatisfeito(a)	Não Aplicável
1	2	3	4	5	6	0

ANEXO IV - APRESENTAÇÃO DAS TABELAS DE RESULTADOS DO ESTUDO 1

Tabela 1 – Idade, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

IDADE	Freq		%
	50 - 64	858	42,4%
	65 - 74	709	35,1%
	75-84	348	17,2%
	≥85	96	4,7%
	Total de Respostas	2011	99,5%
	Missing	11	0,5%
	Total	2022	100,0%

Tabela 2 – Sexo, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

Sexo	Freq		%
	Masculino	891	44,1%
	Feminino	1131	55,9%
	Total	2022	100,0%

Tabela 3 – Grau de escolaridade, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		GRAU DE ESCOLARIDADE													Total
		Ensino Básico - 1º Ciclo	Ensino Básico - 2º Ciclo	Ensino Básico - 3º Ciclo	Ensino Secundário	Ensino Pós-Secundário	Ensino Superior – Bacharelato	Ensino Superior – Licenciatura	Ensino Superior – Mestrado	Ensino Superior – Doutoramento	Ainda não completou nenhum nível de ensino / a estudar	Nenhum	Outro (inclui diploma obtido no estrangeiro)	Não Sabe	
Total respostas	Freq	1000	214	213	181	20	46	136	15	14	43	128	3	4	2022
	%	49,6%	10,6%	10,6%	9,0%	1,0%	2,3%	6,7%	0,7%	0,7%	2,1%	6,3%	0,1%	0,2%	
							11,4%			8,4					5
Total	Freq	1000	214	213	181	20	46	136	15	20	46	136	15	14	
	%														0,2%
															100,0%

Tabela 4 – Idade e Escolaridade

age at wave in new classes * highest educational degree obtained Crosstabulation																
		highest educational degree obtained														Total
		don't know	1 ciclo	2 ciclo	3º ciclo	sec	Pós secund	bacharelato	licenciatura	mestrado	doutoramento	No degree yet/still in school	None	Other type (also abroad)		
idade	<65	fre	0	391	108	104	99	10	24	75	10	9	7	19	1	857
		%	0,0%	45,6%	12,6%	12,1%	11,6%	1,2%	2,8%	8,8%	1,2%	1,1%	0,8%	2,2%	0,1%	100,0%
	65-74	freq	1	391	73	66	57	10	13	37	2	3	20	35	1	709
		%	0,1%	55,1%	10,3%	9,3%	8,0%	1,4%	1,8%	5,2%	0,3%	0,4%	2,8%	4,9%	0,1%	100,0%
	74-84	freq	2	171	24	30	16	0	6	21	2	1	14	60	1	348
		%	0,6%	49,1%	6,9%	8,6%	4,6%	0,0%	1,7%	6,0%	0,6%	0,3%	4,0%	17,2%	0,3%	100,0%
	85+	freq	1	44	8	11	9	0	3	2	1	1	2	14	0	96
		%	1,0%	45,8%	8,3%	11,5%	9,4%	0,0%	3,1%	2,1%	1,0%	1,0%	2,1%	14,6%	0,0%	100,0%
Total	freq	4	997	213	211	181	20	46	135	15	14	43	128	3	2010	
	%	0,2%	49,6%	10,6%	10,5%	9,0%	1,0%	2,3%	6,7%	0,7%	0,7%	2,1%	6,4%	0,1%	100,0%	

Tabela 5 – Qui-quadrado idade e escolaridade

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	176,972 ^a	33	,000
Likelihood Ratio	169,280	33	,000
Linear-by-Linear Association	89,734	1	,000
N of Valid Cases	2006		

a. 13 cells (27,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,14.

Tabela 6 – Grau de escolaridade e Género, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		GRAU DE ESCOLARIDADE													Total de respostas	Missing	Total
		Ensino Básico - 1º Ciclo	Ensino Básico - 2º Ciclo	Ensino Básico - 3º Ciclo	Ensino Secundário	Ensino Pós-Secundário	Ensino Superior – Bacharelato	Ensino Superior – Licenciatura	Ensino Superior – Mestrado	Ensino Superior – Doutoramento	Ainda não completou nenhum nível de ensino / a estudar	Nenhum	Outro (inclui diploma obtido no estrangeiro)	Não Sabe			
Género	Freq	433	107	99	92	10	17	64	10	10	11	32	1	1	887		
	Masc %	48,8%	12,1%	11,2%	10,4%	1,1%	1,9%	7,2%	1,1%	1,1%	1,2%	3,6%	0,1%	0,1%	100,0%		
						12,4					4,8						
	Freq	567	107	114	89	10	29	72	5	4	32	96	2	3	1130		
	Fem %	50,2%	9,5%	10,1%	7,9%	0,9%	2,6%	6,4%	0,4%	0,4%	2,8%	8,5%	0,2%	0,3%	100,0%		
						10,7					11,3						
Total resp	Freq	1000	214	213	181	20	46	136	15	14	43	128	3	4	2017		
	%	49,6%	10,6%	10,6%	9,0%	1,0%	2,3%	6,7%	0,7%	0,7%	2,1%	6,3%	0,1%	0,2%	100,0%		
Total						11,4%											
	Freq	1000	214	213	181	20	46	136	15	20	46	136	15	14	43	5	2022
	%															0,2%	100,0%

Tabela 7 – Qui quadrado escolaridade e sexo

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	41,228 ^a	11	,000
Likelihood Ratio	42,724	11	,000
Linear-by-Linear Association	25,491	1	,000
N of Valid Cases	2013		

a. 2 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,32.

Tabela 8 – Situação perante o emprego, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		Reformado	Empregado ou trabalhador por conta própria	Desempregado	Doente/ Incapacitado	Doméstico	Outro	Não resp	Total resp
Total de	Freq	1120	454	122	40	224	27	2	1989
Resp	%	56,3%	22,8%	6,1%	2,0%	11,3%	1,4%	0,1%	100,0%
Total									

Tabela 9 – Situação perante o emprego e idade, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		SITUAÇÃO PERANTE O EMPREGO										
		Reformado	Empregado ou trabalhador por conta própria	Desempregado	Doente/ Incapacitado	Doméstico	Outro	Não responde	Total respostas	Missing	Total	
IDADE	50-64	Freq	198	404	113	21	101	13	2			852
		% Idade	23,2%	47,4%	13,3%	2,5%	11,9%	1,5%	0,2%			100,0%
	65-74	Freq	545	47	9	13	79	8	0			701
		% Idade	77,7%	6,7%	1,3%	1,9%	11,3%	1,1%	0,0%			100,0%
	75-84	Freq	298	1	0	3	36	3	0			341
		% Idade	87,4%	0,3%	0,0%	0,9%	10,6%	0,9%	0,0%			100,0%
	≥85	Freq	79	2	0	3	8	3	0			95
		% Idade	83,2%	2,1%	0,0%	3,2%	8,4%	3,2%	0,0%			100,0%
	Total de Respostas	Freq	1120	454	122	40	224	27	2			1989
		%	56,3%	22,8%	6,1%	2,0%	11,3%	1,4%	0,1%	100,0%		
Total										29	2022	
										1.4%	100,0%	

Tabela 10 – Género e Situação perante o emprego

Crosstab										
SITUAÇÃO PERANTE O EMPREGO										
			refusal	employed or self- employed including retired	unemployed	permanently sick or disabled	homemaker	other (specify)	Total	
género	masculino	Count	1	579	212	56	13	1	10	872
		% género	0,1%	66,4%	24,3%	6,4%	1,5%	0,1%	1,1%	100,0%
	feminino	Count	1	545	242	66	27	223	17	1121
		% género	0,1%	48,6%	21,6%	5,9%	2,4%	19,9%	1,5%	100,0%
Total		Count	2	1124	454	122	40	224	27	1993
		% género	0,1%	56,4%	22,8%	6,1%	2,0%	11,2%	1,4%	100,0%
		% Total	0,1%	56,4%	22,8%	6,1%	2,0%	11,2%	1,4%	100,0%

Tabela 11 – Rendimento, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		RENDIMENTO MENSAL CHEGA AO FIM DO MÊS							Missing	Total
		Sim		Não		Não resp	Não sabe	Total de resp		
		Facilmente	Com bastante facil	Com alg dific	Com muita dific					
Total resp	Freq	123	333	489	357	5	13	1320		
	%	9,3%	25,2%	37,0%	27,0%	0,4%	1,0%	100,0%		
Total	Freq	123	333	489	357	5	13	1320	702	2022
	%	6.1%	16.5%	24.2%	17.7%	.2%	.6%		34.7%	100,0%
		22,6%		41,9%						

Tabela 12 – Rendimento e Idade, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		RENDIMENTO MENSAL CHEGA AO FIM DO MÊS							Missing	Total	
		Sim		Não		Não resp	Não sabe	Total de resp			
		Facilmente	Com bastante facilidade	Com alguma dific	Com muita dific						
IDADE	50-64	Freq	42	151	190	172	1	3	559		
		% Idade	7,5%	27,0%	34,0%	30,8%	0,2%	0,5%	100,0%		
	65-74	Freq	50	112	177	102	3	2	446		
		% Idade	11,2%	25,1%	39,7%	22,9%	0,7%	0,4%	100,0%		
	75-84	Freq	19	54	92	63	1	4	233		
		% Idade	8,2%	23,2%	39,5%	27,0%	0,4%	1,7%	100,0%		
	≥85	Freq	12	15	29	18	0	4	78		
		% Idade	15,4%	19,2%	37,2%	23,1%	0,0%	5,1%	100,0%		
	Total	Freq	123	332	488	355	5	13	1316		
		%	9,3%	25,2%	37,1%	27,0%	0,4%	1,0%	100,0%		
Total		Freq						1316	706	2022	
		%						65.1%	34.9%	100,0%	

Tabela 13 – Qui-quadrado Rendimento e Idade, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,077 ^a	9	,034
Likelihood Ratio	17,666	9	,039
Linear-by-Linear Association	1,620	1	,203
N of Valid Cases	1298		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,01.

Tabela 14 – Rendimento e Género, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		RENDIMENTO MENSAL CHEGA AO FIM DO MÊS							Missing	Total	
		Sim		Não		Não responde	Não sabe	Total de respostas			
		Facilmente	Com bastante facilidade	Com alguma dificuldade	Com muita dificuldade						
GÉNERO	Masculino	Freq	66	179	223	141	3	5	617		
		% Sexo	10,7%	29,0%	36,1%	22,9%	0,5%	0,8%	100,0%		
		% Total	5,0%	13,6%	16,9%	10,7%	0,2%	0,4%	46,7%		
	Feminino	Freq	57	154	266	216	2	8	703		
		% Sexo	8,1%	21,9%	37,8%	30,7%	0,3%	1,1%	100,0%		
		% Total	4,3%	11,7%	20,2%	16,4%	0,2%	0,6%	53,3%		
	Total respostas	Freq	123	333	489	357	5	13	1320		
		%	9,3%	25,2%	37,0%	27,0%	0,4%	1,0%	100,0%		
	Total	Freq	123	333	489	357	5	13	1320	702	2022
		%	6.1%	16.5%	24.2%	17.7%	.2%	.6%		34.7%	100,0%
		22,6%		41,9%							

Tabela 15 – Qui-quadrado, Rendimento e Sexo, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,723 ^a	3	,001
Likelihood Ratio	16,775	3	,001
Linear-by-Linear Association	15,355	1	,000
N of Valid Cases	1302		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 57,53.

Tabela 16 – Escolaridade e rendimento

			RENDIMENTO CHEGA AO FIM DO MÊS						Total
			Não resp	Não sabe	Muita difíc	Alg difíc	Alg facil	Facil	
ESCOLARIDADE	Não sabe	Count	0	0	0	2	1	0	3
		% escolaridade	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%
	1º ciclo	Count	0	5	201	266	126	28	626
		% escolaridade	0,0%	0,8%	32,1%	42,5%	20,1%	4,5%	100,0%
	2º ciclo	Count	1	2	36	56	35	9	139
		% escolaridade	0,7%	1,4%	25,9%	40,3%	25,2%	6,5%	100,0%
	3º ciclo	Count	1	1	37	42	39	18	138
		% escolaridade	0,7%	0,7%	26,8%	30,4%	28,3%	13,0%	100,0%
	Ensino sec	Count	2	2	17	34	43	17	115
		% escolaridade	1,7%	1,7%	14,8%	29,6%	37,4%	14,8%	100,0%
	Pós-secundário	Count	0	0	4	2	5	3	14
		% escolaridade	0,0%	0,0%	28,6%	14,3%	35,7%	21,4%	100,0%
	bacharelato	Count	1	0	4	8	15	7	35
		% escolaridade	2,9%	0,0%	11,4%	22,9%	42,9%	20,0%	100,0%
	licenciatura	Count	0	0	5	21	45	28	99
		% escolaridade	0,0%	0,0%	5,1%	21,2%	45,5%	28,3%	100,0%
	mestrado	Count	0	1	0	2	6	5	14
		% escolaridade	0,0%	7,1%	0,0%	14,3%	42,9%	35,7%	100,0%
	PhD	Count	0	0	1	0	3	6	10
		% escolaridade	0,0%	0,0%	10,0%	0,0%	30,0%	60,0%	100,0%
	Nenhum/ a estudar	Count	0	1	19	9	4	0	33
		% escolaridade	0,0%	3,0%	57,6%	27,3%	12,1%	0,0%	100,0%
	Nenhum	Count	0	1	33	45	10	2	91
		% escolaridade	0,0%	1,1%	36,3%	49,5%	11,0%	2,2%	100,0%
	outro	Count	0	0	0	2	1	0	3
		% escolaridade	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%
Total	Count	5	13	357	489	333	123	1320	
	% of Total	0,4%	1,0%	27,0%	37,0%	25,2%	9,3%	100,0%	

Tabela 17 – Qui-quadrado Test, escolaridade e rendimento

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	243,136 ^a	33	,000
Likelihood Ratio	233,542	33	,000
Linear-by-Linear Association	20,291	1	,000
N of Valid Cases	1299		

a. 17 cells (35,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,28.

Tabela 18 - Reformado e Rendimento

			RENDIMENTO CHEGA AO FIM DO MÊS				Total
			Grande dif	Alg dific	Alg facil	Facilmente	
reformado	nao	Count	175	200	131	30	536
		% within reformado	32,6%	37,3%	24,4%	5,6%	100,0%
	sim	Count	182	288	202	93	765
		% within reformado	23,8%	37,6%	26,4%	12,2%	100,0%
Total	Count		357	488	333	123	1301
	% of Total		27,4%	37,5%	25,6%	9,5%	100,0%

Tabela 19 – Qui-quadrado, Reformado e Rendimento

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,843 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	24,681	3	,000
Linear-by-Linear Association	20,530	1	,000
N of Valid Cases	1301		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 50,67.

Tabela 20 – Desempregado e Rendimento

		RENDIMENTO CHEGA AO FIM DO MÊS				Total	
		With great difficulty	With some difficulty	Fairly easily	Easily		
DESEMPREGADO	nao	Count	321	450	325	121	1217
		%	26,4%	37,0%	26,7%	9,9%	100,0%
	sim	Count	36	38	8	2	84
		%	42,9%	45,2%	9,5%	2,4%	100,0%
Total	Count	357	488	333	123	1301	
	% Total	27,4%	37,5%	25,6%	9,5%	100,0%	

Tabela 21 – Qui-quadrado, desempregado e rendimento

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,022 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	26,486	3	,000
Linear-by-Linear Association	21,249	1	,000
N of Valid Cases	1301		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,94.

Tabela 22 – Como descreve a sua saúde, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Má	Não Sabe	Total resp	Missing	Total
COMO DESCREVE A SUA SAÚDE	Freq	60	141	557	859	383	7	2007	15	2022
	%	3,0%	7,0%	27,5%	42,5%	18,9%	0,3%	99,3%	0,7%	100,0%

Tabela 23 – Como descreve a sua saúde e Idade, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		COMO DESCREVE A SUA SAÚDE							Missing	Total	
		Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Má	Não Sabe	Total respostas			
IDADE	50 - 64	Freq	37	88	290	346	93	2			856
		%	4,3%	10,3%	33,9%	40,4%	10,9%	0,2%			100,0%
	65 - 74	Freq	16	41	190	314	141	2			704
		%	2,3%	5,8%	27,0%	44,6%	20,0%	0,3%			100,0%
	75-84	Freq	6	8	63	152	115	1			345
		%	1,7%	2,3%	18,3%	44,1%	33,3%	0,3%			100,0%
	≥85	Freq	1	4	13	43	33	2			96
		%	1,0%	4,2%	13,5%	44,8%	34,4%	2,1%			100,0%
	Total de respostas	Freq	60	141	556	855	382	7			2001
		%	3,0%	7,0%	27,8%	42,7%	19,1%	0,3%	100,0%		
Total	Freq	60	141	557	859	383	7	2001	21	2022	
	%							99,0%	1,0%	100%	

Tabela 24 – Qui-quadrado, como descreve a sua saúde e Idade, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	146,626 ^a	12	,000
Likelihood Ratio	148,297	12	,000
Linear-by-Linear Association	123,984	1	,000
N of Valid Cases	1994		

a. 1 cells (5,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,83.

Tabela 25 – Como descreve a sua saúde e Género, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		COMO DESCREVE A SUA SAÚDE									
		Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Má	Não Sabe	Total respostas	Missing	Total	
Género	Masculino	Freq	35	80	257	380	128	2			882
		%	4,0%	9,1%	29,1%	43,1%	14,5%	0,2%			100,0%
		42,2									
	Feminino	Freq	25	61	300	479	255	5			1125
		%	2,2%	5,4%	26,7%	42,6%	22,7%	0,4%			100,0%
		34,3									
	Total respostas	Freq	60	141	557	859	383	7			2007
		%	3,0%	7,0%	27,8%	42,8%	19,1%	0,3%			100,0%
	Total	Freq	60	141	557	859	383	7			2007
		%	3,0%	7,0%	27,5%	42,5%	18,9%	0,3%	99,3%	0,7%	100,0%

Tabela 26 – Qui-quadrado, como descreve a sua saúde e Sexo, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,740 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	33,051	4	,000
Linear-by-Linear Association	28,704	1	,000
N of Valid Cases	2000		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26,40.

Tabela 27 – Escolaridade e saúde

		SAÚDE						Total
		Não sabe	Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Má	
Não resp	Count	0	0	0	0	0	1	1
	% w	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Não sabe	Count	0	0	0	3	4	1	8
	%	0,0%	0,0%	0,0%	37,5%	50,0%	12,5%	100,0%
1 ciclo	Count	1	3	5	30	73	61	173
	%	0,6%	1,7%	2,9%	17,3%	42,2%	35,3%	100,0%
2 ciclo	Count	0	1	0	5	9	2	17
	%	0,0%	5,9%	0,0%	29,4%	52,9%	11,8%	100,0%
3 ciclo	Count	1	1	5	11	17	6	41
	%	2,4%	2,4%	12,2%	26,8%	41,5%	14,6%	100,0%
secund	Count	0	1	1	14	7	8	31
	%	0,0%	3,2%	3,2%	45,2%	22,6%	25,8%	100,0%
pós-sec	Count	0	0	0	0	1	1	2
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
bachare	Count	0	0	0	5	3	1	9
	%	0,0%	0,0%	0,0%	55,6%	33,3%	11,1%	100,0%
licenc	Count	0	1	7	12	7	3	30
	%	0,0%	3,3%	23,3%	40,0%	23,3%	10,0%	100,0%
mestrado	Count	0	0	0	0	1	0	1
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
PhD	Count	0	1	1	2	1	1	6
	%	0,0%	16,7%	16,7%	33,3%	16,7%	16,7%	100,0%
Nenhum a estudar	Count	0	0	0	6	1	6	13
	%	0,0%	0,0%	0,0%	46,2%	7,7%	46,2%	100,0%
Nenhum	Count	0	0	0	5	20	20	45
	%	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%	44,4%	44,4%	100,0%
Total	Count	2	8	19	93	144	111	377
	% Total	0,5%	2,1%	5,0%	24,7%	38,2%	29,4%	100,0%

Tabela 28 – Qui-quadrado test, Escolaridade e Saúde

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	346,737 ^a	44	,000
Likelihood Ratio	340,462	44	,000
Linear-by-Linear Association	45,845	1	,000
N of Valid Cases	1996		

a. 22 cells (36,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,09.

Tabela 29 – Doenças crónicas e Sexo, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		DOENÇAS CRÓNICAS/ DE LONGA DURAÇÃO			Total	Missi ng	Total
		Não Sabe	Sim	Não			
Total de Respostas	Freq	4	932	1071	2007		
	% Total	0,2%	46,4%	53,4%	100,0%		
Total	Freq	4	932	1071	2007	15	2022
	% Total	0,2%	46.1%	53.0%	99.3%	0,7%	100%

Tabela 30 – Doenças Crónicas e Idade, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		DOENÇAS CRÓNICAS/ DE LONGA DURAÇÃO			Total	Missing	Total
		Não sabe	Sim	Não			
IDADE	50-64	Freq	1	342	513	856	
		% Idade	0,1%	40,0%	59,9%	100,0%	
	65-74	Freq	1	338	365	704	
		% Idade	0,1%	48,0%	51,8%	100,0%	
	75-84	Freq	1	197	147	345	
		% Idade	0,3%	57,1%	42,6%	100,0%	
	≥85	Freq	1	53	42	96	
		% Idade	1,0%	55,2%	43,8%	100,0%	
	Total de Resp	Freq	4	930	1067	2001	
		%	0,2%	46,5%	53,3%	100,0%	
Total	Freq					21	2022
	% Total				99%	1%	100%

Tabela 31 – Qui-quadrado Test, doenças crónicas e idade

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34,542 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	34,633	3	,000
Linear-by-Linear Association	32,105	1	,000
N of Valid Cases	1997		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 44,24.

Tabela 32 – Doenças, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

	Freq	%
HTA	857	42,4%
Colesterol LDL	756	37,4
Atrite	588	29,1%
Diabetes ou Nível de Açúcar no Sangue Alto	376	18,6%
Cataratas	173	8,6%
Problemas digestivos (ulcera gástrica, duodenal ou péptica)	159	7,9%
Outras fraturas	147	7,3%
Doença pulmonar crónica	113	5,6%
Cancro	111	5,5%
AVC	103	5,1%
Fratura da anca ou femural	56	2,8%
Alzheimer, Demência, Senilidade	33	1,6%
Parkinson	12	0,6%
Total de Respostas	2001	99%
Missing	21	1%
Total	2022	100%

Tabela 33 – Doenças crónicas e Sexo, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		DOENÇAS CRÓNICAS/ DE LONGA DURAÇÃO				Total	Missing	Total
		Não Sabe	Sim	Não	Total			
GÉNERO	Masculino	Freq	1	383	498	882		
		% sexo	0,1%	43,4%	56,5%	100,0%		
		% Total	0,0%	19,1%	24,8%	43,9%		
	Feminino	Freq	3	549	573	1125		
		% sexo	0,3%	48,8%	50,9%	100,0%		
		% Total	0,1%	27,4%	28,6%	56,1%		
	Total de Respostas	Freq	4	932	1071	2007		
		% Total	0,2%	46,4%	53,4%	100,0%		
	Total		4	932	1071	2007	15	2022
			0,2%	46.1%	53.0%	99.3%	0,7%	100%

Tabela 34 – Qui-quadrado, Doenças crónicas e Género, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,907 ^a	1	,015		
Continuity Correction ^b	5,690	1	,017		
Likelihood Ratio	5,914	1	,015		
Fisher's Exact Test				,017	,009
Linear-by-Linear Association	5,904	1	,015		
N of Valid Cases	2003				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 409,93.

b. Computed only for a 2x2 table

Tabela 35 – Doenças crónicas e escolaridade

		DOENÇAS CRÓNICAS			Total
		Não sabe	sim	não	
ESCOLARIDADE	Não sabe	Count	0	3	1
		%	0,0%	75,0%	25,0%
	1º ciclo	Count	2	501	491
		%	0,2%	50,4%	49,4%
	2º ciclo	Count	1	84	127
		%	0,5%	39,6%	59,9%
	3º ciclo	Count	1	78	134
		%	0,5%	36,6%	62,9%
	Ensino Sec	Count	0	56	124
		%	0,0%	31,1%	68,9%
	Pós-sec	Count	0	10	10
		%	0,0%	50,0%	50,0%
	bacharelato	Count	0	22	24
		%	0,0%	47,8%	52,2%
	Licenciatura	Count	0	60	75
		%	0,0%	44,4%	55,6%
	Mestrado	Count	0	5	10
		%	0,0%	33,3%	66,7%
	PhD	Count	0	6	8
		%	0,0%	42,9%	57,1%
	Nenhum/ a estudar	Count	0	29	14
		%	0,0%	67,4%	32,6%
	Nenhum	Count	0	77	51
		%	0,0%	60,2%	39,8%
	Outro	Count	0	1	2
		%	0,0%	33,3%	66,7%
	Total	Count	4	932	1071
		% Total	0,2%	46,4%	53,4%

Tabela 36 – Qui-quadrado test, Doenças crónicas e Escolaridade

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	54,223 ^a	11	,000
Likelihood Ratio	55,024	11	,000
Linear-by-Linear Association	15,356	1	,000
N of Valid Cases	1999		

a. 2 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,39.

Tabela 37 – Sentir-se triste ou deprimido, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		Freq	%
SENTIR-SE TRISTE OU DEPRIMIDO	Não responde	1	0,0%
	Não sabe	26	1,3%
	Sim	975	48,2%
	Não	1001	49,5%
	Total	2003	99,1%
	Missing	19	0,9%
	Total	2022	100,0%

Tabela 38 – Sentir-se triste ou deprimido e Idade, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		SENTIR-SE TRISTE OU DEPRIMIDO					Missing	Total
		Não Responde	Não Sabe	Sim	Não	Total		
IDADE	50-64	Freq	0	6	407	440	853	
		% Idade	0,0%	0,7%	47,7%	51,6%	100,0%	
	65-74	Freq	0	3	344	357	704	
		% Idade	0,0%	0,4%	48,9%	50,7%	100,0%	
	75-84	Freq	1	12	174	157	344	
		% Idade	0,3%	3,5%	50,6%	45,6%	100,0%	
	≥85	Freq	0	5	47	44	96	
		% Idade	0,0%	5,2%	49,0%	45,8%	100,0%	
	Total de Resp	Freq	1	26	972	998	1997	
		% Total	0,1%	1,3%	48,7%	50,0%	100,0%	
Total						1997	25	2022
						98,8%	1,2%	100%

Tabela 39 – Sentir-se triste ou deprimido e Género, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		SENTIR-SE TRISTE OU DEPRIMIDO					Missing	Total
		Não Responde	Não Sabe	Sim	Não	Total		
SEXO	Masculino	Freq	0	9	313	556	878	
		% Sexo	0,0%	1,0%	35,6%	63,3%	100,0%	
		% Total	0,0%	0,4%	15,6%	27,8%	43,8%	
	Feminino	Freq	1	17	662	445	1125	
		% Sexo	0,1%	1,5%	58,8%	39,6%	100,0%	
		% Total	0,0%	0,8%	33,1%	22,2%	56,2%	
	Total de Respostas	Freq	1	26	975	1001	2003	
		% Total	0,0%	1,3%	48,7%	50,0%	100,0%	
	Total	Freq				2003	19	2022
		%				99,1%	0,9%	100%

Tabela 40 – Qui-quadrado sexo e sentir-se triste ou deprimido

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	110,165 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	109,216	1	,000		
Likelihood Ratio	111,337	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	110,109	1	,000		
N of Valid Cases	1976				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 428,78.

b. Computed only for a 2x2 table

Tabela 41 – Escolaridade e Sentir-se Deprimido no último mês

		TRISTE OU DEPRIMIDO				Total
		Não resp	Não sabe	Sim	Não	
Não sabe	Count	0	0	3	1	4
	%	0,0%	0,0%	75,0%	25,0%	100,0%
1º Ciclo	Count	0	15	512	463	990
	%	0,0%	1,5%	51,7%	46,8%	100,0%
2º Ciclo	Count	0	1	85	126	212
	%	0,0%	0,5%	40,1%	59,4%	100,0%
3º Ciclo	Count	0	2	96	115	213
	%	0,0%	0,9%	45,1%	54,0%	100,0%
Ensino Sec	Count	0	0	80	100	180
	%	0,0%	0,0%	44,4%	55,6%	100,0%
Pós-sec	Count	0	0	6	14	20
	%	0,0%	0,0%	30,0%	70,0%	100,0%
Bacharelato	Count	0	0	24	22	46
	%	0,0%	0,0%	52,2%	47,8%	100,0%
Licenciatura	Count	0	2	65	68	135
	%	0,0%	1,5%	48,1%	50,4%	100,0%
Mestrado	Count	0	0	2	13	15
	%	0,0%	0,0%	13,3%	86,7%	100,0%
PhD	Count	0	0	3	11	14
	%	0,0%	0,0%	21,4%	78,6%	100,0%
Nenhum/ a estudar	Count	0	3	26	14	43
	%	0,0%	7,0%	60,5%	32,6%	100,0%
Nenhum	Count	1	3	71	53	128
	%	0,8%	2,3%	55,5%	41,4%	100,0%
Outro	Count	0	0	2	1	3
	%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
Total	Count	1	26	975	1001	2003
	% of Total	0,0%	1,3%	48,7%	50,0%	100,0%

Tabela 42 – Qui-quadro Test, Escolaridade e Sentir-se Triste ou Deprimido

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	36,511 ^a	11	,000
Likelihood Ratio	37,962	11	,000
Linear-by-Linear Association	6,161	1	,013
N of Valid Cases	1972		

a. 2 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,48.

Tabela 43 – Refeições por dia, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		Freq	%
3 REFEIÇÕES POR DIA	Não sabe	1	.0
	Sim	1828	90.4
	Não	169	8.4
	Total de Respostas	1998	98.8
	Missing	24	1.2
	Total	2022	100.0

Tabela 44 – Tabaco, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		Freq	%
FUMA NO MOMENTO	Sim	201	9.9
	Não	435	21.5
	Total de Respostas	636	31.5
	Missing	1386	68.5
	Total	2022	100.0

Tabela 45 – Álcool, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		CONSUMO DE ALCÓOL NOS ÚLTIMOS 3 MESES									Missing	Total
		Quase todos os dias	5 ou 6 dias por semana	3 ou 4 dias por semana	1 a 2 vezes por semana	1 a 2 vezes por mês	Menos de uma vez por mês	Nada nos últimos 3 meses	Não sabe	Total de respostas		
Total de Respostas	Freq	683	49	55	133	73	83	920	2	1998		
	%	34,2%	2,5%	2,8%	6,7%	3,7%	4,2%	46,0%	0,1%	100%		
Total	Freq	683	49	55	133	73	83	920	2	1998	24	2022
	%	33.8%	2.4%	2.7%	6.6%	3.6%	4.1%	45.5%	0,1%	98.8%	1.2%	100,0%

Tabela 46 –Tabaco e Idade

		FUMA		Total	
		Não	Sim		
IDADE	<65	Count	185	129	314
		%	58,9%	41,1%	100,0%
	65-74	Count	160	58	218
		%	73,4%	26,6%	100,0%
	75-84	Count	76	13	89
		%	85,4%	14,6%	100,0%
	85+	Count	14	1	15
		%	93,3%	6,7%	100,0%
Total	Count	435	201	636	
	% of Total	68,4%	31,6%	100,0%	

Tabela 47 – Qui-quadrado test, Tabaco e Idade

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31,782 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	34,340	3	,000
Linear-by-Linear Association	31,421	1	,000
N of Valid Cases	636		

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,74.

Tabela 48 - Tabaco e Género

			FUMA		Total
			no	yes	
GÉNERO	Feminino	Count	92	56	148
		%	62,2%	37,8%	100,0%
	Masculino	Count	343	145	488
		%	70,3%	29,7%	100,0%
Total		Count	435	201	636
		% of Total	68,4%	31,6%	100,0%

Tabela 49 – Qui-quadrado Tes, Tabaco e Género

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,468 ^a	1	,063		
Continuity Correction ^b	3,102	1	,078		
Likelihood Ratio	3,395	1	,065		
Fisher's Exact Test				,069	,040
Linear-by-Linear Association	3,462	1	,063		
N of Valid Cases	636				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 46,77.

b. Computed only for a 2x2 table

Tabela 50 – Álcool e Idade

			CONSUMO DE ÁLCOOL							Total
			Quase todos os dias	5 ou 6 dias / semana	3 ou 4 dias / semana	1 ou 2 das / semana	1 ou 2 dias por mês	Menos de 1x / mês	Nunca nos últimos 3 meses	
IDADE	<65	Count	290	25	29	58	36	43	374	855
		%	33,9%	2,9%	3,4%	6,8%	4,2%	5,0%	43,7%	100,0%
	65-74	Count	267	14	24	58	22	31	285	701
		%	38,1%	2,0%	3,4%	8,3%	3,1%	4,4%	40,7%	100,0%
	75-84	Count	106	10	2	14	12	7	191	342
		%	31,0%	2,9%	0,6%	4,1%	3,5%	2,0%	55,8%	100,0%
	85+	Count	20	0	0	3	3	2	66	94
		%	21,3%	0,0%	0,0%	3,2%	3,2%	2,1%	70,2%	100,0%
Total	Count	683	49	55	133	73	83	916	1992	
	% Total	34,3%	2,5%	2,8%	6,7%	3,7%	4,2%	46,0%	100,0%	

Tabela 51 – Qui-quadrado Test, Álcool e Idade

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	63,377 ^a	18	,000
Likelihood Ratio	71,362	18	,000
Linear-by-Linear Association	12,975	1	,000
N of Valid Cases	1992		

a. 4 cells (14,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,31.

Tabela 52 – Álcool e Sexo, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		CONSUMO DE ALCOOL NOS ULTIMOS 3 MESES									Missing	Total
		Quase todos os dias	5 ou 6 dias por semana	3 ou 4 dias por semana	1 a 2 vezes por semana	1 a 2 vezes por mês	Menos de uma vez por mês	Nada nos últimos 3 meses	Não sabe	Total de respostas		
SEXO	Masculino	Freq	480	28	28	71	25	20	223	0	875	
		%	54,9%	3,2%	3,2%	8,1%	2,9%	2,3%	25,5%	0,0%	100,0%	
	Feminino	Freq	203	21	27	62	48	63	697	2	1123	
		%	18,1%	1,9%	2,4%	5,5%	4,3%	5,6%	62,1%	0,2%	100,0%	
	Total de Respostas	Freq	683	49	55	133	73	83	920	2	1998	
		%	34,2%	2,5%	2,8%	6,7%	3,7%	4,2%	46,0%	0,1%	100%	
	Total	Freq	683	49	55	133	73	83	920	2	1998	
		%	33,8%	2,4%	2,7%	6,6%	3,6%	4,1%	45,5%	0,1%	98,8%	
		Freq	24								24	
		%	1,2%								1,2%	

Tabela 53 – Qui-quadrado Álcool e Sexo, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	362,899 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	374,010	6	,000
Linear-by-Linear Association	356,948	1	,000
N of Valid Cases	1996		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21,48.

Tabela 54 – Limitação nas atividades, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		LIMITAÇÃO NAS ATIVIDADES					Missing	Total
		Não Sabe	Severament e Limitado	Limitado mas não severamente	Não limitado	Total de respostas		
Total de Resp	Freq	7	338	653	1009	2007		
	%	0,3%	16,8%	32,5%	50,3%	100,0%		
Total	Freq	7	338	653	1009	2007	15	2022
	%	0,3%	16,7%	32,3%	49,9%	99,3%	0,7%	100,0%

Tabela 55 – Limitação nas atividades e Idade, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		LIMITAÇÃO NAS ATIVIDADES					Missing	Total
		Não Sabe	Severamente Limitado	Limitado mas não severamente	Não Limitado	Total Respostas		
IDADE	50-64	Freq	2	88	234	532		
		% Idade	0,2%	10,3%	27,3%	62,1%		
	65-74	Freq	2	113	243	346		
		% Idade	0,3%	16,1%	34,5%	49,1%		
	75-84	Freq	1	98	138	108		
		% Idade	0,3%	28,4%	40,0%	31,3%		
	≥85	Freq	2	38	36	20		
		% Idade	2,1%	39,6%	37,5%	20,8%		
	Total resp	Freq	7	337	651	1006		
		%	0,3%	16,8%	32,5%	50,3%		
Total		Freq	7			2001	21	2022
		%				99%	1,0%	100%

Tabela 56 – Qui-quadrado limitação nas atividades e Idade

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	159,748 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	156,535	6	,000
Linear-by-Linear Association	153,383	1	,000
N of Valid Cases	1994		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,89.

Tabela 57 – Limitação nas atividades e Sexo, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		LIMITAÇÃO NAS ATIVIDADES					Missing	Total
		Não Sabe	Severamente Limitado	Limitado mas não severamente	Não limitado	Total de respostas		
GÉNERO	Masculino	Freq	3	113	283	483		
		% Sexo	0,3%	12,8%	32,1%	54,8%		
	Feminino	Freq	4	225	370	526		
		% Sexo	0,4%	20,0%	32,9%	46,8%		
	Total de Respostas	Freq	7	338	653	1009		
		%	0,3%	16,8%	32,5%	50,3%		
Total		Freq	7	338	653	1009	15	2022
		%	0,3%	16,7%	32,3%	49,9%	0,7%	100,0%

Tabela 58 – Qui-quadrado Género e Limitação das atividades

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,570 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	21,928	2	,000
Linear-by-Linear Association	20,395	1	,000
N of Valid Cases	2000		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 148,55.

Tabela 59 – Escolaridade e Limitação das atividades

		LIMITED ACTIVITIES				Total	
		Não sabe	Severamente limitado	Limitado mas não severamente	Não limitado		
highest educational degree obtained	Não sabe	Count	0	2	2	0	4
		%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
	1º ciclo	Count	3	205	340	446	994
		%	0,3%	20,6%	34,2%	44,9%	100,0%
	2º ciclo	Count	1	24	72	115	212
		%	0,5%	11,3%	34,0%	54,2%	100,0%
	3º ciclo	Count	1	16	65	131	213
		%	0,5%	7,5%	30,5%	61,5%	100,0%
	Ensino sec	Count	0	13	48	119	180
		%	0,0%	7,2%	26,7%	66,1%	100,0%
	Pós-sec	Count	0	2	5	13	20
		%	0,0%	10,0%	25,0%	65,0%	100,0%
	Bacharelato	Count	0	1	17	28	46
		%	0,0%	2,2%	37,0%	60,9%	100,0%
	Licenciatura	Count	1	8	38	88	135
		%	0,7%	5,9%	28,1%	65,2%	100,0%
	Mestrado	Count	0	1	1	13	15
		%	0,0%	6,7%	6,7%	86,7%	100,0%
	PhD	Count	0	2	1	11	14
		%	0,0%	14,3%	7,1%	78,6%	100,0%
	Nenhum/ a estudar	Count	0	23	10	10	43
		%	0,0%	53,5%	23,3%	23,3%	100,0%
	Nenhum	Count	1	41	53	33	128
		%	0,8%	32,0%	41,4%	25,8%	100,0%
	Outro	Count	0	0	1	2	3
		%	0,0%	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
Total	Count	7	338	653	1009	2007	
	% of Total	0,3%	16,8%	32,5%	50,3%	100,0%	

Tabela 60 – Qui-quadrado test, Escolaridade e Limitação das atividades

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	173,858 ^a	22	,000
Likelihood Ratio	175,526	22	,000
Linear-by-Linear Association	57,970	1	,000
N of Valid Cases	1996		

a. 8 cells (22,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,51.

Tabela 61 –Atividade Física, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		Mais de uma vez por semana	Uma vez por semana	Uma a três vezes por mês	Quase nunca ou nunca	Não sabe	Total de Respostas	missing	Total
ATIVIDADE FÍSICA INTENSA	Freq	453	216	176	1147	6	1998	24	2022
	%	22.4%	10.7%	8.7%	56.7%	.3%	98.8	1.2%	100,0%
ATIVIDADE FÍSICA MODERADA	Freq	874	342	230	548	4	1998	24	2022
	%	43.2%	16.9%	11.4%	27.1%	.2%	98.8	1.2%	100%

Tabela 62 – Atividade intensa e idade

		ATIVIDADE FÍSICA VIGOROSA					Total	
		Não sabe	Mais de 1x / semana	1x / semana	1 a 3 x/ mês	Raramente ou nunca		
IDADE	>65	Count	3	247	109	85	411	855
		%	0,4%	28,9%	12,7%	9,9%	48,1%	100,0%
	65-74	Count	1	154	71	64	411	701
		%	0,1%	22,0%	10,1%	9,1%	58,6%	100,0%
	75-84	Count	1	42	31	22	247	343
		%	0,3%	12,2%	9,0%	6,4%	72,0%	100,0%
	85+	Count	1	10	5	5	74	95
		%	1,1%	10,5%	5,3%	5,3%	77,9%	100,0%
Total	Count	6	453	216	176	1143	1994	
	% Total	0,3%	22,7%	10,8%	8,8%	57,3%	100,0%	

Tabela 63 – Qui-quadrado test, Atividade intensa e Idade

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	82,184 ^a	9	,000
Likelihood Ratio	85,860	9	,000
Linear-by-Linear Association	74,714	1	,000
N of Valid Cases	1988		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,32.

Tabela 64 – Atividade física moderada e Idade

		Crosstab						
		activities requiring a moderate level of energy					Total	
		Não sabe	Mais de 1x/ semana	1x / semana	2 a 3x /mês	Raramente ou nunca		
IDADE	>65	Count	1	447	153	95	159	855
		%	0,1%	52,3%	17,9%	11,1%	18,6%	100,0%
	65-74	Count	1	310	128	81	181	701
		%	0,1%	44,2%	18,3%	11,6%	25,8%	100,0%
	75-84	Count	1	98	52	39	153	343
		%	0,3%	28,6%	15,2%	11,4%	44,6%	100,0%
	85+	Count	1	18	8	14	54	95
		%	1,1%	18,9%	8,4%	14,7%	56,8%	100,0%
	Total	Count	4	873	341	229	547	1994
		% Total	0,2%	43,8%	17,1%	11,5%	27,4%	100,0%

Tabela 65 – Qui-quadrado Test, Atividade moderada e Idade

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	144,693 ^a	9	,000
Likelihood Ratio	140,626	9	,000
Linear-by-Linear Association	129,819	1	,000
N of Valid Cases	1990		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,82.

Tabela 66 – Atividade Física Intensa e Género, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		ATIVIDADE FÍSICA INTENSA						Total de Respostas	Missing	Total
		Mais de 1x / semana	1x / semana	1 a 3x / mês	Quase nunca ou nunca	Não sabe				
GÉNERO	Masculino	Freq	232	111	67	462	3	875		
		% Sexo	26,5%	12,7%	7,7%	52,8%	0,3%	100,0%		
	Feminino	Freq	221	105	109	685	3	1123		
		% Sexo	19,7%	9,3%	9,7%	61,0%	0,3%	100,0%		
	Total de respostas	Freq	453	216	176	1147	6	1998		
		%	22,7%	10,8%	8,8%	57,4%	0,3%	100,0%		
	Total	Freq	453	216	176	1147	6	1998	24	2022
		%	22,4%	10,7%	8,7%	56,7%	.3%	98,8%	1,2%	100,0%

Tabela 67 – Qui-quadrado Atividade Física Intensa e Sexo, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,298 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	23,231	3	,000
Linear-by-Linear Association	19,651	1	,000
N of Valid Cases	1992		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 77,04.

Tabela 68 – Atividade Moderada e Sexo, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

ATIVIDADE FÍSICA MODERADA									
		Mais de uma vez por semana	Uma vez por semana	Uma a três vezes por mês	Quase nunca ou nunca	Não sabe	Total de Respostas	missing	Total
SEXO	Masculino	Freq	415	158	97	203	2	875	
		% Sexo	47,4%	18,1%	11,1%	23,2%	0,2%	100,0%	
	Feminino	Freq	459	184	133	345	2	1123	
		% Sexo	40,9%	16,4%	11,8%	30,7%	0,2%	100,0%	
	Total de Respostas	Freq	874	342	230	548	4	1998	
		%	43,7%	17,1%	11,5%	27,4%	0,2%	100,0%	
	Total	Freq	874	342	230	548	4	1998	24
		%	43.2%	16.9%	11.4%	27.1%	.2%	98.8	1.2%

Tabela 69 – Qui-quadrado, Atividade Moderada e Sexo, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,025 ^a	3	,001
Likelihood Ratio	16,147	3	,001
Linear-by-Linear Association	15,356	1	,000
N of Valid Cases	1994		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 100,70.

Tabela 70 – Regressão atividade moderada

Coefficients ^a								
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	2,218	,276		8,024	,000		
	is household able to make ends meet	,020	,038	,015	,537	,591	,892	1,121
	highest educational degree obtained	,001	,001	,021	,757	,449	,909	1,100
	male or female	-,125	,069	-,049	-1,814	,070	,951	1,052
	health in general question 2	,071	,042	,055	1,693	,091	,654	1,530
	long-term illness	-,063	,079	-,025	-,793	,428	,717	1,395
	age at wave in new classes	,269	,040	,190	6,694	,000	,864	1,158
	limited activities	-,309	,060	-,180	-5,172	,000	,575	1,739
a. Dependent Variable: activities requiring a moderate level of energy								

Tabela 71 – Ocupação, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

	Freq	%
Lê livros, revistas e jornais	1059	52.4%
Participa em jogos de interação social como cartas ou xadrez	342	16.9%
Faz jogos de palavras ou números	309	15.3%
Participa em atividades de organização religiosa	285	14.1%
Trabalho voluntário ou de caridade	149	7.4%
Frequenta um clube desportivo, social ou outro	143	7.1%
Participa em cursos de educação e formação	129	6.4%
Participa numa organização política ou comunitária	42	2.1%
Não faz nenhuma dessas atividades	698	34.5%

Tabela 72 – Satisfação com as atividades, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

SATISFAÇÃO COM ATIVIDADES																		
		Negativo						Positivo						Não responde	Não sabe	Total de respostas	Missing	Total
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						
Total de Resp	Freq	4	0	2	4	7	117	82	166	359	181	347	1	21	1291			
	%	0,3%	0,0%	0,1%	0,3%	0,5%	9,1%	6,4%	12,9%	27,8%	14,0%	26,9%	0,1%	1,6%	100%			
		10,3%						88%										
Total	Freq	4	0	2	4	7	117	82	166	359	181	347	1	21	1291	731	2022	
	%	0,2%	0%	0,1%	0,2%	0,3%	5,8%	4,1%	8,2%	17,8%	9,0%	17,2%	0,0%	1,0%	63,8%	36,2%	100,0%	
		6,6%						56,3%										

Tabela 73 – Satisfação com não ter atividades, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

SATISFAÇÃO COM NÃO TER ATIVIDADES																		
		Negativo						Positivo						Não responde	Não sabe	Total de respostas	Missing	Total
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						
Total de Resp	Freq	74	10	24	36	28	160	76	94	93	15	50	3	35	698			
	%	10,6%	1,4%	3,4%	5,2%	4,0%	22,9%	10,9%	13,5%	13,3%	2,1%	7,2%	0,4%	5,0%	100%			
		47,5%						47%										
Total	Freq	74	10	24	36	28	160	76	94	93	15	50	3	35	698	1324	2022	
	%	3,7%	0,5%	1,2%	1,8%	1,4%	7,9%	3,8%	4,6%	4,6%	0,7%	2,5%	0,1%	1,7%	34,5	65,5%	100,0%	
		16,5%						16,2										

Tabela 73 – Expectativas para o futuro, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		Freq	%
EXPECTATIVAS PARA O FUTURO	Não responde	2	0,1%
	Não sabe	34	1,7%
	Mencionou alguma expectativa	994	49,2%
	Não mencionou expectativas	973	48,1%
	Total	2003	99,1%
	Missing System	19	0,9
	Total	2022	100,0%

Tabela 74 – Expectativas para o futuro e Idade, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		EXPECTATIVAS PARA O FUTUTO					Missing	Total
		Não responde	Não sabe	Menciona	Não Menciona	Total de Respostas		
IDADE	50-64	Freq	0	9	476	368	853	
		% Idade	0,0%	1,1%	55,8%	43,1%	100,0%	
	65-74	Freq	0	3	347	354	704	
		% Idade	0,0%	0,4%	49,3%	50,3%	100,0%	
	75-84	Freq	2	13	134	195	344	
		% Idade	0,6%	3,8%	39,0%	56,7%	100,0%	
	≥85	Freq	0	9	34	53	96	
		% Idade	0,0%	9,4%	35,4%	55,2%	100,0%	
	Total de respostas	Freq	2	34	991	970	1997	
		% Total	0,1%	1,7%	49,6%	48,6%	100,0%	
Total	Freq	2	34	991	970	1997	25	2022
	%					98,8%	1,2%	100%

Tabela 75 – Qui-quadrado Expectativas para o futuro e Idade, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

Chi-Square Tests				
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
Pearson Chi-Square	29,128 ^a	3		,000
Likelihood Ratio	29,262	3		,000
Linear-by-Linear Association	28,278	1		,000
N of Valid Cases	1961			

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 43,03.

Tabela 76 – Expectativas para o futuro e Sexo, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		EXPECTATIVAS PARA O FUTUTO							
		Não responde	Não sabe	Menciona	Não Menciona	Total de respostas			
GÉNERO	Masculino	Freq	0	10	459	409	878	Missing	Total
		%	0,0%	1,1%	52,3%	46,6%	100,0%		
	Feminino	Freq	2	24	535	564	1125		
		%	0,2%	2,1%	47,6%	50,1%	100,0%		
	Total de respostas	Freq	2	34	994	973	2003		
		% Total	0,1%	1,7%	49,6%	48,6%	100,0%		
	Total	Freq	2	34	994	973	2003		
	%	0,1%	1,7%	49,2%	48,1%	99,1%	0,9%	100%	

Tabela 77 – Escolaridade e Expectativas para o Futuro

		EXPECTATIVAS PARA O FUTURO				Total
		Não responde	Não sabe	Menciona	Não menciona	
Não sabe	Count	0	0	3	1	4
	%	0,0%	0,0%	75,0%	25,0%	100,0%
1º ciclo	Count	0	22	431	537	990
	%	0,0%	2,2%	43,5%	54,2%	100,0%
2º ciclo	Count	0	1	99	112	212
	%	0,0%	0,5%	46,7%	52,8%	100,0%
3º ciclo	Count	0	2	123	88	213
	%	0,0%	0,9%	57,7%	41,3%	100,0%
Ensino Sec	Count	0	0	112	68	180
	%	0,0%	0,0%	62,2%	37,8%	100,0%
Pós-sec	Count	0	0	19	1	20
	%	0,0%	0,0%	95,0%	5,0%	100,0%
Bacharelato	Count	0	0	27	19	46
	%	0,0%	0,0%	58,7%	41,3%	100,0%
Licenciatura	Count	0	2	88	45	135
	%	0,0%	1,5%	65,2%	33,3%	100,0%
Mestrado	Count	0	0	12	3	15
	%	0,0%	0,0%	80,0%	20,0%	100,0%
PhD	Count	0	0	11	3	14
	%	0,0%	0,0%	78,6%	21,4%	100,0%
Nenhum/ a estudar	Count	1	3	19	20	43
	%	2,3%	7,0%	44,2%	46,5%	100,0%
Nenhum	Count	1	4	48	75	128
	%	0,8%	3,1%	37,5%	58,6%	100,0%
Outro	Count	0	0	2	1	3
	%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
Total	Count	2	34	994	973	2003
	%	0,1%	1,7%	49,6%	48,6%	100,0%

Tabela 78 – Qui-quadrado, Escolaridade e Expectativas para o futuro

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	76,544 ^a	11	,000
Likelihood Ratio	81,268	11	,000
Linear-by-Linear Association	3,178	1	,075
N of Valid Cases	1963		

a. 2 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,49.

Tabela 79 – A idade impede de fazer coisas que gostaria, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		Negativo		Positivo		Não resp	Não sabe	Total de Resp	Missing	Total
		Muitas vezes	Alg vezes	Raramente	Nunca					
A IDADE IMPEDE DE FAZER COISAS QUE GOSTARIA	Freq	369	767	476	339	4	42	1997	25	2022
	%	18.2%	37.9%	23.5%	16.8%	,2%	2.1%	98,8%	1.2%	100%
		56,1%								

Tabela 80 – A idade impede de fazer coisas que gostaria e Idade, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		A IDADE IMPEDE DE FAZER COISAS QUE GOSTARIA							Missing	Total
		Nunca	Raramente	Alg vezes	Muitas vezes	Não resp	Não sabe	Total de Respostas		
50-64	Freq	211	235	302	94	0	9	851		
	% Idade	24,8%	27,6%	35,5%	11,0%	0,0%	1,1%	100,0%		
65-74	Freq	93	180	301	121	0	7	702		
	% Idade	13,2%	25,6%	42,9%	17,2%	0,0%	1,0%	100,0%		
75-84	Freq	28	50	136	111	4	13	342		
	% Idade	8,2%	14,6%	39,8%	32,5%	1,2%	3,8%	100,0%		
IDADE ≥85	Freq	6	11	23	43	0	13	96		
	% Idade	6,2%	11,5%	24,0%	44,8%	0,0%	13,5%	100,0%		
Total de Resp	Freq	338	476	762	369	4	42	1991		
	%	17,0%	23,9%	38,3%	18,5%	0,2%	2,1%	100,0%		
Total	Freq	338	476	762	369	4	42	1991	31	2022
	%							98,5%	1,5%	100,0%

Tabela 81 – Qui-quadrado test, A idade impede de fazer coisas que gostaria e Idade, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	197,502 ^a	9	,000
Likelihood Ratio	183,756	9	,000
Linear-by-Linear Association	156,728	1	,000
N of Valid Cases	1945		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,42.

Tabela 82 – A idade impede de fazer coisas que gostaria e Sexo, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		A IDADE IMPEDE DE FAZER COISAS QUE GOSTARIA							Missing	Total
		Nunca	Raramente	Alg vezes	Muitas vezes	Não resp	Não sabe	Total de Resp		
GÉNERO	Masculino	Freq 168	241	317	137	1	13	877		
	%	19,2%	27,5%	36,1%	15,6%	0,1%	1,5%	100,0%		
		46,7%		51,7%						
	Feminino	Freq 171	235	450	232	3	29	1120		
	%	15,3%	21,0%	40,2%	20,7%	0,3%	2,6%	100,0%		
		36,3%		60,9%						
Total de Respostas		Freq 339	476	767	369	4	42	1997		
		%	17,0%	23,8%	38,4%	18,5%	0,2%	2,1%		
Total		Freq 339	476	767	369	4	42	1997	25	2022
		%						98,8%	1,2%	100%

Tabela 83 – Qui-quadrado, A idade impede de fazer coisas que gostaria e Sexo, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,967 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	22,011	3	,000
Linear-by-Linear Association	18,496	1	,000
N of Valid Cases	1951		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 149,95.

Tabela 84 – Escolaridade e Idade impede de fazer coisas que gostaria

		IDADE IMPEDE DE FAZER COISAS QUE GOSTARIA						Total
		Não resp	Não sabe	Muitas vezes	Alg vezes	Raramente	Nunca	
Não sabe	Count	0	1	2	0	0	1	4
	%	0,0%	25,0%	50,0%	0,0%	0,0%	25,0%	100,0%
1º ciclo	Count	1	22	213	386	210	154	986
	%	0,1%	2,2%	21,6%	39,1%	21,3%	15,6%	100,0%
2º ciclo	Count	0	2	31	81	59	39	212
	%	0,0%	0,9%	14,6%	38,2%	27,8%	18,4%	100,0%
3º ciclo	Count	0	2	30	87	48	44	211
	%	0,0%	0,9%	14,2%	41,2%	22,7%	20,9%	100,0%
Ensino sec	Count	0	0	23	63	56	38	180
	%	0,0%	0,0%	12,8%	35,0%	31,1%	21,1%	100,0%
Pós-sec	Count	0	0	2	9	5	4	20
	%	0,0%	0,0%	10,0%	45,0%	25,0%	20,0%	100,0%
Bacharelato	Count	0	0	4	17	15	10	46
	%	0,0%	0,0%	8,7%	37,0%	32,6%	21,7%	100,0%
Licenciatura	Count	0	2	12	47	43	31	135
	%	0,0%	1,5%	8,9%	34,8%	31,9%	23,0%	100,0%
Mestrado	Count	0	0	1	6	6	2	15
	%	0,0%	0,0%	6,7%	40,0%	40,0%	13,3%	100,0%
PhD	Count	0	0	1	3	4	6	14
	%	0,0%	0,0%	7,1%	21,4%	28,6%	42,9%	100,0%
Nenhum/ a estudar	Count	1	3	13	12	11	3	43
	%	2,3%	7,0%	30,2%	27,9%	25,6%	7,0%	100,0%
Nenhum	Count	2	10	36	56	18	6	128
	%	1,6%	7,8%	28,1%	43,8%	14,1%	4,7%	100,0%
Outro	Count	0	0	1	0	1	1	3
	%	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	33,3%	33,3%	100,0%
Total	Count	4	42	369	767	476	339	1997
	% Total	0,2%	2,1%	18,5%	38,4%	23,8%	17,0%	100,0%

Tabela 85 – Qui-quadrado test, Ecolaridade e Idade impede de fazer coisas que gostaria

Chi-Square Tests				
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
Pearson Chi-Square	89,906 ^a	33		,000
Likelihood Ratio	94,455	33		,000
Linear-by-Linear Association	24,231	1		,000
N of Valid Cases	1948			

a. 13 cells (27,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,52.

Tabela 86 – Satisfação com a vida, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50+

		Negativo						Positivo						Não resp	Não sabe	Total de resposta	Missing	Total
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						
SATISF COM A VIDA	Freq	25	12	27	49	49	320	190	352	498	198	223	4	51	1998	24	2022	
	%	1.2%	.6%	1.3%	2.4%	2.4%	15.8%	9.4%	17.4%	24.6%	9.8%	11.0%	.2%	2.5%	98.8%	1.2%	100.0%	
		23,7%						72,2%										

Tabela 87 – Satisfação com a vida e Idade, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50

		SATISFAÇÃO COM A VIDA														Total
		Não Resp	Não sabe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
>65	Count	0	12	10	6	11	19	14	136	62	155	236	96	94	851	
	%	0,0%	1,4%	1,2%	0,7%	1,3%	2,2%	1,6%	16,0%	7,3%	18,2%	27,7%	11,3%	11,0%	100,0%	
				23						75,5						
65-74	Count	1	6	4	1	10	18	19	105	77	129	180	70	83	703	
	%	0,1%	0,9%	0,6%	0,1%	1,4%	2,6%	2,7%	14,9%	11,0%	18,3%	25,6%	10,0%	11,8%	100,0%	
				22,3						76,7						
75-84	Count	3	16	10	4	3	9	15	63	39	54	66	26	34	342	
	%	0,9%	4,7%	2,9%	1,2%	0,9%	2,6%	4,4%	18,4%	11,4%	15,8%	19,3%	7,6%	9,9%	100,0%	
				30,4						64						
85+	Count	0	17	1	1	3	3	1	13	12	11	16	6	12	96	
	%	0,0%	17,7%	1,0%	1,0%	3,1%	3,1%	1,0%	13,5%	12,5%	11,5%	16,7%	6,2%	12,5%	100,0%	
				22,7						59,4						
Total	Count	4	51	25	12	27	49	49	317	190	349	498	198	223	1992	
	% Total	0,2%	2,6%	1,3%	0,6%	1,4%	2,5%	2,5%	15,9%	9,5%	17,5%	25,0%	9,9%	11,2%	100,0%	

Tabela 88 – Qui-quadrado, Satisfação com a vida e Idade, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50

Chi-Square Tests				
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
Pearson Chi-Square	54,613 ^a	30		,004
Likelihood Ratio	52,129	30		,007
Linear-by-Linear Association	11,447	1		,001
N of Valid Cases	1937			

a. 9 cells (20,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,49.

Tabela 89 – Satisfação com a vida e Género, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50

		SATISFAÇÃO COM A VIDA																	
		Negativo						Positivo						respond	Não sabe	Total de resposta			
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Não						
GÊNERO	Freq	4	5	9	16	21	104	86	159	240	97	119	0	17	877	Missing	Total		
	Masculino % Sexo	0,5%	0,6%	1,0%	1,8%	2,4%	11,9%	9,8%	18,1%	27,4%	11,1%	13,6%	0,0%	1,9%	100,0%				
	% Total	0,2%	0,3%	0,5%	0,8%	1,1%	5,2%	4,3%	8,0%	12,0%	4,9%	6,0%	0,0%	0,9%	43,9%				
	Freq	21	7	18	33	28	216	104	193	258	101	104	4	34	1121				
	Feminino % Sexo	1,9%	0,6%	1,6%	2,9%	2,5%	19,3%	9,3%	17,2%	23,0%	9,0%	9,3%	0,4%	3,0%	100,0%				
	% Total	1,1%	0,4%	0,9%	1,7%	1,4%	10,8%	5,2%	9,7%	12,9%	5,1%	5,2%	0,2%	1,7%	56,1%				
	Total de respostas	Freq	25	12	27	49	49	320	190	352	498	198	223	4	51			1998	
	%	1,3%	0,6%	1,4%	2,5%	2,5%	16,0%	9,5%	17,6%	24,9%	9,9%	11,2%	0,2%	2,6%	100,0%				
		Freq	25	12	27	49	49	320	190	352	498	198	223	4	51	1998	24	2022	
Total	%	1,2%	0,6%	1,3%	2,4%	2,4%	15,8%	9,4%	17,4%	24,6%	9,8%	11,0%	0,2%	2,5%	98,8%	1.2%	100,0%		
		23,7%						72,2%											

Tabela 90 – Qui-quadrado, Satisfação com a vida e Sexo, SHARE-wave 4 População Portuguesa 50

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	42,689 ^a	10	,000
Likelihood Ratio	44,223	10	,000
Linear-by-Linear Association	33,782	1	,000
N of Valid Cases	1943		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,31.

Tabela 91 – Escolaridade e Satisfação com a vida

		SATISFAÇÃO COM A VIDA													Total
		Não resp	Não sabe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Não sabe	Count	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4
	%	0,0%	25,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	25,0%	100,0%
1º Ciclo	Count	0	28	15	4	13	26	33	190	105	164	221	71	117	987
	%	0,0%	2,8%	1,5%	0,4%	1,3%	2,6%	3,3%	19,3%	10,6%	16,6%	22,4%	7,2%	11,9%	100,0%
2º Ciclo	Count	0	1	1	3	3	5	3	30	15	45	55	22	29	212
	%	0,0%	0,5%	0,5%	1,4%	1,4%	2,4%	1,4%	14,2%	7,1%	21,2%	25,9%	10,4%	13,7%	100,0%
3º Ciclo	Count	1	3	2	1	5	4	4	27	20	37	60	29	18	211
	%	0,5%	1,4%	0,9%	0,5%	2,4%	1,9%	1,9%	12,8%	9,5%	17,5%	28,4%	13,7%	8,5%	100,0%
Ensino Sec	Count	0	1	2	0	1	1	3	20	14	45	55	20	18	180
	%	0,0%	0,6%	1,1%	0,0%	0,6%	0,6%	1,7%	11,1%	7,8%	25,0%	30,6%	11,1%	10,0%	100,0%
Pós-sec	Count	0	0	0	0	0	1	0	2	1	3	9	2	2	20
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%	10,0%	5,0%	15,0%	45,0%	10,0%	10,0%	100,0%
Bacharelato	Count	0	0	0	1	0	1	0	3	6	5	16	9	5	46
	%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	0,0%	2,2%	0,0%	6,5%	13,0%	10,9%	34,8%	19,6%	10,9%	100,0%
Licenciatura	Count	0	5	0	1	0	1	2	10	10	21	49	23	13	135
	%	0,0%	3,7%	0,0%	0,7%	0,0%	0,7%	1,5%	7,4%	7,4%	15,6%	36,3%	17,0%	9,6%	100,0%
Mestrado	Count	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	2	4	3	15
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%	13,3%	20,0%	13,3%	26,7%	20,0%	100,0%
PhD	Count	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	7	4	1	14
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%	0,0%	50,0%	28,6%	7,1%	100,0%
Nenhum/ a estudar	Count	1	3	0	0	1	3	1	13	4	5	7	2	3	43
	%	2,3%	7,0%	0,0%	0,0%	2,3%	7,0%	2,3%	30,2%	9,3%	11,6%	16,3%	4,7%	7,0%	100,0%
Nenhum	Count	2	9	4	2	4	7	3	24	11	23	17	9	13	128
	%	1,6%	7,0%	3,1%	1,6%	3,1%	5,5%	2,3%	18,8%	8,6%	18,0%	13,3%	7,0%	10,2%	100,0%
Outro	Count	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	3
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	66,7%	0,0%	100,0%
Total	Count	4	51	25	12	27	49	49	320	190	352	498	198	223	1998
	% Total	0,2%	2,6%	1,3%	0,6%	1,4%	2,5%	2,5%	16,0%	9,5%	17,6%	24,9%	9,9%	11,2%	100,0%

Tabela 92 – Qui-quadrado test, Escolaridade e satisfação com a vida

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	177,459 ^a	110	,000
Likelihood Ratio	180,649	110	,000
Linear-by-Linear Association	15,181	1	,000
N of Valid Cases	1940		

a. 79 cells (59,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.

ANEXO V- APRESENTAÇÃO DAS TABELAS DE RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DO ESTUDO 2

Tabela1 – Concelho de Residência dos Inquiridos

		Freq	%
Concelho de residência	Amadora	6	3,8
	Bragança	1	,6
	Cascais	5	3,1
	Coimbra	1	,6
	Coruche	21	13,1
	Figueiró dos Vinhos	1	,6
	Funchal	1	,6
	Guarda	3	1,9
	Lisboa	13	8,1
	Loulé	1	,6
	Loures	1	,6
	Lourinhã	1	,6
	Odivelas	2	1,3
	Oeiras	85	53,1
	Oliveira do bairro	1	,6
	Palmela	1	,6
	Portimão	1	,6
	Sabugal	3	1,9
	Santa Comba Dão	1	,6
	Santiago do Cacém	1	,6
	Sintra	7	4,4
	Torres novas	2	1,3
	Vila viçosa	1	,6
	Total	160	100,0

Tabela 2 – Idade da Amostra

		Freq	%	%
IDADE	<65	12	7,5	
	65 - 74	84	52,5	
	75-84	55	34,4	92,5%
	≥85	9	5,6	
	Total	160	100,0	100,0

Tabela 3 – Escolaridade da Amostra

		Freq	%	%
ESCOLARIDADE	Não estudou	11	6,9%	
	Primeira classe	1	,6%	
	Segunda classe	2	1,3%	38,1%
	Terceira classe	12	7,5%	
	Quarta classe	46	28,7%	
	Segundo ciclo	9	5,6%	23,1%
	Terceiro ciclo	28	17,5%	
	Ensino secundário	11	6,9%	
	Ensino superior	22	13,8%	
	Não responde	18	11,3%	

Tabela 4 – Escolaridade e Idade

		ESCOLARIDADE										Total
		nao estudou	1ª classe	2ª classe	3ª classe	4ª classe	2º ciclo	3º ciclo	ensino sec	ensino sup	não resp	
IDADE	<65	Count	0	0	0	0	1	5	1	1	4	12
		% idade	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,3%	41,7%	8,3%	8,3%	33,3%	100,0%
	65 - 74	Count	0	0	1	8	26	5	16	5	15	84
		% idade	0,0%	0,0%	1,2%	9,5%	31,0%	6,0%	19,0%	6,0%	17,9%	100,0%
	75-84	Count	11	0	0	3	16	3	7	5	6	55
		% idade	20,0%	0,0%	0,0%	5,5%	29,1%	5,5%	12,7%	9,1%	10,9%	100,0%
	>85	Count	0	1	1	1	4	0	0	0	2	9
		% idade	0,0%	11,1%	11,1%	11,1%	44,4%	0,0%	0,0%	0,0%	22,2%	100,0%
	Total	Count	11	1	2	12	46	9	28	11	22	160
		% Total	6,9%	0,6%	1,2%	7,5%	28,7%	5,6%	17,5%	6,9%	13,8%	100,0%

Tabela 5 – Kruskal wallis Escolaridade e Idade

		Test Statistics ^{a,b}	
		o inquirido estudou até que ano ou nível	
Chi-Square			13,891
df			3
Asymp. Sig.			,003
a. Kruskal Wallis Test			
b. Grouping Variable: faixa_etaria2			
		Rank	
		faixa_etaria2	Mean Rank
o inquirido estudou até que ano ou nível		N	
		<65 anos	12
		65 - 74 anos	84
		75-84	55
		>85	9
Total		160	

Tabela 6 – Escolaridade e Género

		Escolaridade										Total
		nao estudou	primeira classe	segunda classe	terceira classe	quarta classe	segundo ciclo	terceiro ciclo	ensino secundário	ensino superior	não responde	
Género	feminino	Count	8	1	1	12	30	6	18	7	14	107
		% género	7,5%	0,9%	0,9%	11,2%	28,0%	5,6%	16,8%	6,5%	13,1%	100,0%
	masculino	Count	3	0	1	0	16	3	10	4	8	53
		% género	5,7%	0,0%	1,9%	0,0%	30,2%	5,7%	18,9%	7,5%	15,1%	100,0%
Total		Count	11	1	2	12	46	9	28	11	22	160
		% género	6,9%	0,6%	1,2%	7,5%	28,7%	5,6%	17,5%	6,9%	13,8%	100,0%

Tabela 7 – Situação perante o emprego

		Freq	%
REFORMADO	Sim	148	92,5%
	Não	12	7,5%
ATIVIDADE PÓS REFORMA	Sim	47	29,4%
	Não	99	61,9%
	Não aplicável/ Não responde	14	8,7%
MOTIVO DA REFORMA	Idade	83	51,9%
	Anos de serviço	11	6,9%
	Invalidez / doença	15	9,4%
	Cuidar de outros	1	,6%
	Cansaço	1	,6%
	Desemprego	8	5%
	Outros	8	5,0%
	Não responde	33	20,7%
IDADE DA REFORMA	<65	68	42,5%
	65-69	64	40,0%
	70-74	3	1,9%
	Não Responde	25	15,6%

Tabela 8 – Situação perante o emprego e idade

O INQUIRIDO ESTÁ OU NÃO REFORMADO					
			sim	não	Total
Idade	<65 anos	Count	5	7	12
		% idade	41,7%	58,3%	100,0%
	65 - 74 anos	Count	80	4	84
		% idade	95,2%	4,8%	100,0%
	75-84	Count	54	1	55
		% idade	98,2%	1,8%	100,0%
	>85	Count	9	0	9
		% idade	100,0%	0,0%	100,0%
Total	Count		148	12	160
	% of Total		92,5%	7,5%	100,0%

Tabela 9 – Situação perante o emprego e género

O INQUIRIDO ESTÁ OU NÃO REFORMADO					
			sim	não	Total
género	feminino	Count	97	10	107
		% within sexo do inquirido	90,7%	9,3%	100,0%
	masculino	Count	51	2	53
		% within sexo do inquirido	96,2%	3,8%	100,0%
Total	Count		148	12	160
	% of Total		92,5%	7,5%	100,0%

Tabela 10 – Agregado Familiar da Amostra

			Freq	%
AGREGADO FAMILIAR	1		35	21,9%
	2		95	59,4%
	3		14	8,8%
	≥4		13	8,1%
	Não responde		3	1,9%
COM QUEM VIVE	Cônjuge ou companheiro		91	56,9%
	Familiares		30	18,8%
	Sozinho		36	22,5%
	Não responde		2	1,3%
	Instituição		1	,6%

Tabela 11 – Agregado familiar e Género

			número de pessoas do agregado familiar do inquirido						Total
			1	2	3	4	5	6	
Género	feminino	Count	29	59	8	3	5	0	104
		% género	27,9%	56,7%	7,7%	2,9%	4,8%	0,0%	100,0%
	masculino	Count	6	36	6	1	3	1	53
		% género	11,3%	67,9%	11,3%	1,9%	5,7%	1,9%	100,0%
Total	Count		35	95	14	4	8	1	157
	% of Total		22,3%	60,5%	8,9%	2,5%	5,1%	0,6%	100,0%

Tabela 12 – Mann-Whitney Género e Número de pessoas do agregado familiar (1)

Test Statistics ^a	
Número de pessoas do agregado familiar do inquirido	
Mann-Whitney U	2261,000
Wilcoxon W	7721,000
Z	-2,099
Asymp. Sig. (2-tailed)	,036
a. Grouping Variable: sexo do inquirido	

Ranks				
	sexo do inquirido	N	Mean Rank	Sum of Ranks
número de pessoas do agregado familiar do inquirido	feminino	104	74,24	7721,00
	masculino	53	88,34	4682,00
	Total	157		

Tabela 13 – Rendimento

		RENDIMENTO MENSAL CHEGA AO FIM DO MÊS						Total
		sim			não			
		sim e é sempre superior aos gastos	sim perfeitamente	é a conta certa para as despesas	há meses que nao	raramente ou nunca	não responde	
Total	Freq	17	39	50	33	14	7	160
	% Total	10,6%	24,4%	31,2%	20,6%	8,8%	4,4%	100,0%
	Freq	106			47			
	% Total	66,3%			29,4%			

Tabela 14 – Ajuda financeira

AJUDA FINANCEIRA	sim	Freq	77
		% Total	48,1%
	não	Freq	65
		% Total	40,6%
	não responde	Freq	18
		% Total	11,2%

Tabela 15 – Ajuda Financeira e Rendimento

			RENDIMENTO MENSAL CHEGA AO FIM DO MÊS						Total
			sim			não			
			sim e é sempre superior aos gastos	sim perfeitamente	é a conta certa para as despesas	há meses que nao	raramente ou nunca	não responde	
AJUDA FINANCEIRA	sim	Freq	10	23	22	15	7	0	77
		% ajuda financeira	13,0%	29,9%	28,6%	19,5%	9,1%	0,0%	100,0%
	não	Freq	7	12	27	12	6	1	65
		% ajuda financeira	10,8%	18,5%	41,5%	18,5%	9,2%	1,5%	100,0%
	não responde	Freq	0	4	1	6	1	6	18
		% ajuda financeira	0,0%	22,2%	5,6%	33,3%	5,6%	33,3%	100,0%
Total		Freq	17	39	50	33	14	7	160
		% Total	10,6%	24,4%	31,2%	20,6%	8,8%	4,4%	100,0%
		Freq	106			47			
		% Total	66,3%			29,4%			

Tabela 16 – Idade e Rendimento

		O RENDIMENTO MENSAL DO CHEGA AO FIM DO MÊS						Total	
		Sim			Não				
		sim e é sempre superior aos gastos	sim perfeitamente	é a conta certa para as despesas	há meses que não	raramente ou nunca	não responde		
IDADE	<65	Freq	0	3	3	3	2	1	12
		% Idade	0,0%	25,0%	25,0%	25,0%	16,7%	8,3%	100,0%
	65 - 74	Freq	9	24	26	15	6	4	84
		% Idade	10,7%	28,6%	31,0%	17,9%	7,1%	4,8%	100,0%
	75-84	Freq	8	10	18	13	4	2	55
		% Idade	14,5%	18,2%	32,7%	23,6%	7,3%	3,6%	100,0%
	>85	Freq	0	2	3	2	2	0	9
		% Idade	0,0%	22,2%	33,3%	22,2%	22,2%	0,0%	100,0%
	Total	Freq	17	39	50	33	14	7	160
		% Idade	10,6%	24,4%	31,2%	20,6%	8,8%	4,4%	100,0%

Tabela 17 – Idade e Ajuda Financeira

		AJUDA FINANCEIRA				
		sim	não	não responde	Total	
IDADE	<65	Freq	4	4	4	12
		% Idade	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
	65 - 74	Freq	38	40	6	84
		% Idade	45,2%	47,6%	7,1%	100,0%
	75-84	Freq	29	18	8	55
		% Idade	52,7%	32,7%	14,5%	100,0%
	>85	Freq	6	3	0	9
		% Idade	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%
	Total	Freq	77	65	18	160
		% Idade	48,1%	40,6%	11,2%	100,0%

Tabela 18 – Género e Rendimento

		O RENDIMENTO MENSAL CHEGA AO FIM DO MÊS							
		sim e é sempre superior aos gastos	sim perfeitamente	é a conta certa para as despesas	não há meses que não	raramente ou nunca	não responde	Total	
Género	Feminino	Freq	11	23	32	25	12	4	107
		% sexo	10,3%	21,5%	29,9%	23,4%	11,2%	3,7%	100,0%
	Masculino	Freq	6	16	18	8	2	3	53
		% sexo	11,3%	30,2%	34,0%	15,1%	3,8%	5,7%	100,0%
	Total	Freq	17	39	50	33	14	7	160
		%	10,6%	24,4%	31,2%	20,6%	8,8%	4,4%	100,0%

Tabela 19 – Sexo e rendimento com respostas dicotomizadas

		RENDIMENTO CHEGA AO FIM DO MÊS			
		sim	não	Total	
género	feminino	Count	66	37	103
		Expected Count	71,4	31,6	103,0
		% within sexo do inquirido	64,1%	35,9%	100,0%
		% of Total	43,1%	24,2%	67,3%
	masculino	Count	40	10	50
		Expected Count	34,6	15,4	50,0
		% within sexo do inquirido	80,0%	20,0%	100,0%
		% of Total	26,1%	6,5%	32,7%
Total	Count	106	47	153	
	Expected Count	106,0	47,0	153,0	
	% within sexo do inquirido	69,3%	30,7%	100,0%	
	% of Total	69,3%	30,7%	100,0%	

Tabela 20 – Qui-quadrado sexo e rendimento dicotomizados

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,010 ^a	1	,045		
Continuity Correction ^b	3,296	1	,069		
Likelihood Ratio	4,199	1	,040		
Fisher's Exact Test				,061	,033
Linear-by-Linear Association	3,983	1	,046		
N of Valid Cases	153				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,36.

b. Computed only for a 2x2 table

Tabela 21 – Escolaridade e Rendimento

			o rendimento mensal do inquirido chega ao fim do mês ou nao						
			sim e é sempre superior aos gastos	sim perfeitamente	é a conta certa para as despesas	há meses que nao	raramente ou nunca	não responde	Total
ESCOLA RIDADE	não estudou	Count	1	0	4	6	0	0	11
		% escolaridade	9,1%	0,0%	36,4%	54,5%	0,0%	0,0%	100,0%
	primeira classe	Count	0	0	1	0	0	0	1
		% escolaridade	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	segunda classe	Count	0	0	1	1	0	0	2
		% escolaridade	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	terceira classe	Count	0	1	4	5	2	0	12
		% escolaridade	0,0%	8,3%	33,3%	41,7%	16,7%	0,0%	100,0%
	quarta classe	Count	4	8	17	11	6	0	46
		% escolaridade	8,7%	17,4%	37,0%	23,9%	13,0%	0,0%	100,0%
	segundo ciclo	Count	1	5	2	1	0	0	9
		% escolaridade	11,1%	55,6%	22,2%	11,1%	0,0%	0,0%	100,0%
	terceiro ciclo	Count	1	10	11	5	0	1	28
		% escolaridade	3,6%	35,7%	39,3%	17,9%	0,0%	3,6%	100,0%
	ensino secundário	Count	2	2	4	2	1	0	11
		% escolaridade	18,2%	18,2%	36,4%	18,2%	9,1%	0,0%	100,0%
	ensino superior	Count	7	9	3	1	2	0	22
		% escolaridade	31,8%	40,9%	13,6%	4,5%	9,1%	0,0%	100,0%
	não responde	Count	1	4	3	1	3	6	18
		% escolaridade	5,6%	22,2%	16,7%	5,6%	16,7%	33,3%	100,0%
Total	Count	17	39	50	33	14	7	160	
	% of Total	10,6%	24,4%	31,2%	20,6%	8,8%	4,4%	100,0%	

Tabela 22 – *Kruskal wallis* escolaridade e rendimento

			escolaridade	
			N	Mean Rank
o rendimento mensal do inquirido chega ao fim do mês ou não	nao estudou		11	73,18
	primeira classe		1	57,50
	segunda classe		2	76,25
	terceira classe		12	79,79
	quarta classe		46	63,32
	segundo ciclo		9	36,39
	terceiro ciclo		27	49,54
	ensino secundário		11	53,64
	Total		119	

Test Statistics ^{a,b}	
o rendimento mensal do inquirido chega ao fim do mês ou não	
Chi-Square	14,670
df	7
Asymp. Sig.	,040
a. Kruskal Wallis Test	
b. Grouping Variable: o inquirido estudou até que ano ou nível	

Tabela 23 – Satisfação com a situação financeira e Rendimento

		SATISFACAO COM A SUA SITUACAO FINANCEIRA									
		complet satisf	muito satisf	satisf	insatisfeito	muito insatisf	complet insatisf	não aplic	não res	Total	
RENDI.	sim e é sempre superior aos gastos	Freq	4	3	9	1	0	0	0	0	17
		% rend	23,5%	17,6%	52,9%	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	sim perfeitamente	Freq	1	1	29	3	2	0	1	2	39
		% rend	2,6%	2,6%	74,4%	7,7%	5,1%	0,0%	2,6%	5,1%	100,0%
	é a conta certa para as despesas	Freq	0	2	24	21	1	0	0	2	50
		% rend	0,0%	4,0%	48,0%	42,0%	2,0%	0,0%	0,0%	4,0%	100,0%
	há meses que nao	Freq	0	0	7	19	4	2	0	1	33
		% rend	0,0%	0,0%	21,2%	57,6%	12,1%	6,1%	0,0%	3,0%	100,0%
	raramente ou nunca	Freq	2	0	2	6	2	2	0	0	14
		% rend	14,3%	0,0%	14,3%	42,9%	14,3%	14,3%	0,0%	0,0%	100,0%
não responde	Freq	1	1	2	2	0	1	0	0	7	
	% rend	14,3%	14,3%	28,6%	28,6%	0,0%	14,3%	0,0%	0,0%	100,0%	
Total	Freq	8	7	73	52	9	5	1	5	160	
	% Total	5,0%	4,4%	45,6%	32,5%	5,6%	3,1%	0,6%	3,1%	100,0%	

Tabela 24 – Kruskal wallis satisfação financeira e rendimento

		Ranks	
		N	Mean Rank
satisfacao do inquirido com a sua situacao financeira	o rendimento mensal do inquirido chega ao fim do mês ou nao		
	sim e é sempre superior aos gastos	17	35,18
	sim perfeitamente	36	56,72
	é a conta certa para as despesas	48	75,74
	há meses que nao	32	102,20
	raramente ou nunca	14	95,14
Total		147	
		Test Statistics ^{a,b}	
satisfacao do inquirido com a sua situacao financeira			
Chi-Square			44,399
df			4
Asymp. Sig.			,000
a. Kruskal Wallis Test			
b. Grouping Variable: o rendimento mensal do inquirido chega ao fim do mês ou nao			

Tabela 25 – Reformado e Rendimento

		o rendimento chega ao fim do mês					Total
		sim e é sempre superior aos gastos	sim perfeitamente	é a conta certa para as despesas	há meses que nao	raramente ou nunca	
reformado	nao	Count	0	4	2	4	12
		% reformado	0,0%	33,3%	16,7%	33,3%	100,0%
		% of Total	0,0%	2,6%	1,3%	2,6%	7,8%
	sim	Count	17	35	48	29	141
		% reformado	12,1%	24,8%	34,0%	20,6%	100,0%
		% of Total	11,1%	22,9%	31,4%	19,0%	92,2%
Total		Count	17	39	50	33	153
		% reformado	11,1%	25,5%	32,7%	21,6%	100,0%
		% of Total	11,1%	25,5%	32,7%	21,6%	100,0%

Tabela 26 – Como descreve a sua saúde

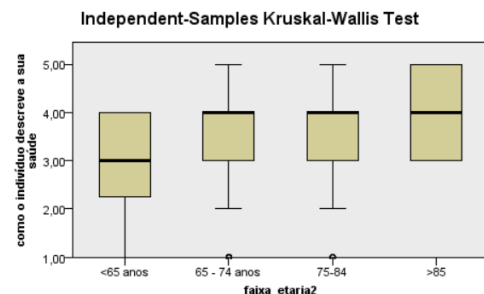
		COMO DESCREVE A SUA SAÚDE					
		Positivo			Negativo		
		excelente	muito boa	boa	razoável	má	Total
Total	Freq	10	11	50	72	17	160
	% Total	6.2%	6.9%	31.2%	45.0%	10.6%	100.0%

Tabela 27 – Idade e Como descreve a sua saúde

		COMO DESCREVE A SUA SAÚDE					Total	
		Positivo		Negativo				
		excelente	muito boa	boa	Razoável	má		
IDADE	<65	Freq	2	1	5	4	0	12
		% Idade	16,7%	8,3%	41,7%	33,3%	0,0%	100,0%
	65 - 74	Freq	5	8	28	36	7	84
		% Idade	6,0%	9,5%	33,3%	42,9%	8,3%	100,0%
	75-84	Freq	3	2	13	30	7	55
		% Idade	5,5%	3,6%	23,6%	54,5%	12,7%	100,0%
	≥85	Freq	0	0	4	2	3	9
		% Idade	0,0%	0,0%	44,4%	22,2%	33,3%	100,0%
	Total	Freq	10	11	50	72	17	160
		% Total	6,2%	6,9%	31,2%	45,0%	10,6%	100,0%

Tabela 28 – Kruskal Wallis Test idade e como descreve a sua saúde

Ranks			
	faixa_etaria2	N	Mean Rank
como o indivíduo descreve a sua saúde	<65 anos	12	57,46
	65 - 74 anos	84	76,09
	75-84	55	89,85
	>85	9	95,22
	Total	160	
Test Statistics ^{a,b}			
como o indivíduo descreve a sua saúde			
Chi-Square			7,848
df			3
Asymp. Sig.			,049
a. Kruskal Wallis Test			
b. Grouping Variable: faixa_etaria2			



Hypothesis Test Summary			
	Null Hypothesis	Test	Sig.
1	The distribution of como o indivíduo descreve a sua saúde is the same across categories of faixa_etaria2.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,049
			Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Total N	160
Test Statistic	7,848
Degrees of Freedom	3
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,049

1. The test statistic is adjusted for ties.

Tabela 29 – Género e Descrição da sua saúde

		COMO DESCREVE A SUA SAÚDE						
		Positivo			Negativo			
		excelente	muito boa	boa	razoável	má	Total	
GÉNERO	Feminino	Freq	5	9	35	41	17	107
		% sexo	4,7%	8,4%	32,7%	38,3%	15,9%	100,0%
	Masculino	Freq	5	2	15	31	0	53
		% sexo	9,4%	3,8%	28,3%	58,5%	0,0%	100,0%
	Total	Freq	10	11	50	72	17	160
		% Total	6,2%	6,9%	31,2%	45,0%	10,6%	100,0%

Tabela 30 – Descrição da saúde e escolaridade

			DESCRIÇÃO DA SAÚDE					
			excelente	muito boa	boa	razoável	má	Total
ESCOLARIDADE	nao estudou	Count	0	0	1	7	3	11
		% escolaridade	0,0%	0,0%	9,1%	63,6%	27,3%	100,0%
	primeira classe	Count	0	0	1	0	0	1
		% escolaridade	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	segunda classe	Count	0	0	0	1	1	2
		% escolaridade	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	terceira classe	Count	0	0	3	5	4	12
		% escolaridade	0,0%	0,0%	25,0%	41,7%	33,3%	100,0%
	quarta classe	Count	1	1	11	25	8	46
		% escolaridade	2,2%	2,2%	23,9%	54,3%	17,4%	100,0%
	segundo ciclo	Count	0	0	2	7	0	9
		% escolaridade	0,0%	0,0%	22,2%	77,8%	0,0%	100,0%
	terceiro ciclo	Count	0	4	13	11	0	28
		% escolaridade	0,0%	14,3%	46,4%	39,3%	0,0%	100,0%
	ensino secundário	Count	3	1	4	2	1	11
		% escolaridade	27,3%	9,1%	36,4%	18,2%	9,1%	100,0%
	ensino superior	Count	3	5	8	6	0	22
		% escolaridade	13,6%	22,7%	36,4%	27,3%	0,0%	100,0%
	não responde	Count	3	0	7	8	0	18
		% escolaridade	16,7%	0,0%	38,9%	44,4%	0,0%	100,0%
Total		Count	10	11	50	72	17	160
		% of Total	6,2%	6,9%	31,2%	45,0%	10,6%	100,0%

Tabela 31 – *Kruskal wallis* descrição da saúde e escolaridade

Ranks			
	o inquirido estudou até que ano ou nível	N	Mean Rank
como o indivíduo descreve a sua saúde	nao estudou	11	80,50
	primeira classe	1	28,00
	segunda classe	2	93,25
	terceira classe	12	75,38
	quarta classe	46	66,88
	segundo ciclo	9	64,17
	terceiro ciclo	28	43,34
	ensino secundário	11	35,27
	Total	120	
Test Statistics ^{a,b}			
como o indivíduo descreve a sua saúde			
Chi-Square			26,444
df			7
Asymp. Sig.			,000
a. Kruskal Wallis Test			
b. Grouping Variable: o inquirido estudou até que ano ou nível			

Hypothesis Test Summary			
	Null Hypothesis	Test	Sig.
1	The distribution of como o individuo descreve a sua saúde is the same across categories of o inquirido estudou até que ano ou nível.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000
			Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

primeira classe segunda classe	-73,750	47,219	-1,562	,118	1,000
ensino superior ensino secundário	-2,455	14,237	,172	,863	1,000
ensino superior terceiro ciclo	13,615	10,984	1,240	,215	1,000
ensino superior segundo ciclo	38,066	15,255	2,495	,013	,453
ensino superior quarta classe	40,509	9,994	4,053	,000	,002
ensino superior terceira classe	50,080	13,836	3,620	,000	,011
ensino superior não estudou	56,136	14,237	3,943	,000	,003
ensino superior segunda classe	70,205	28,474	2,466	,014	,492
ensino secundário terceiro ciclo	11,161	13,719	,814	,416	1,000
ensino secundário segundo ciclo	35,611	17,329	2,055	,040	1,000
ensino secundário quarta classe	38,054	12,940	2,941	,003	,118
ensino secundário terceira classe	47,625	16,093	2,959	,003	,111
ensino secundário não estudou	53,682	16,440	3,265	,001	,029
ensino secundário segunda classe	67,750	29,637	2,286	,022	,801
terceiro ciclo segundo ciclo	24,450	14,773	1,655	,098	1,000
terceiro ciclo quarta classe	26,894	9,241	2,910	,004	,130

Tabela 32 – Doenças

	Freq	% da amostra
Hipertensão	78	48,8%
Doença reumática	63	39,4%
Problemas de visão	62	38,8%
Idl alto	52	32,5%
Diabetes	37	23,1%
Osteoporose	37	23,1%
Problemas de audição	32	20,0%
Problemas cardíacos	23	14,4%
Depressão	18	11,3%
Fraturas	17	10,6%
Problemas urinários	16	10,0%
Doença pulmonar	14	8,8%
Problemas da próstata	14	8,8%
avc	12	7,5%
Neoplasia	11	6,9%
Perturbações renais	11	6,9%
Doença neurodegenerativa	7	4,4%
Problemas do estomago	5	3,1%
Nenhum	13	8,1%

Tabela 33 – Idade e Problema de Saúde

			problema de saúde		
			sim	não	Total
IDADE	<65	Count	10	2	12
		% idade	83,3%	16,7%	100,0%
	65 - 74	Count	78	6	84
		% idade	92,9%	7,1%	100,0%
	75-84	Count	50	5	55
		% idade	90,9%	9,1%	100,0%
	>85	Count	9	0	9
		% idade	100,0%	0,0%	100,0%
	Total	Count	147	13	160
		% idade	91,9%	8,1%	100,0%

Tabela 34 – Idade e Problemas Urinários

			problemas urinários		
			sim	não	Total
IDADE	<65	Count	0	12	12
		% idade	0,0%	100,0%	100,0%
	65 - 74	Count	6	78	84
		% idade	7,1%	92,9%	100,0%
	75-84	Count	8	47	55
		% idade	14,5%	85,5%	100,0%
	>85	Count	2	7	9
		% idade	22,2%	77,8%	100,0%
	Total	Count	16	144	160
		% idade	10,0%	90,0%	100,0%

Tabela 35 – Idade e Problemas de Visão

			problemas de visão		
			sim	não	Total
IDADE	<65	Count	3	9	12
		% idade	25,0%	75,0%	100,0%
	65 - 74	Count	26	58	84
		% idade	31,0%	69,0%	100,0%
	75-84	Count	28	27	55
		% idade	50,9%	49,1%	100,0%
	>85	Count	5	4	9
		% idade	55,6%	44,4%	100,0%
Total	Count	62	98	160	
	% idade	38,8%	61,3%	100,0%	

Tabela 36 – Idade e Fraturas

			o inquirido sofre de fraturas		
			sim	não	Total
IDADE	<65	Count	0	12	12
		% idade	0,0%	100,0%	100,0%
	65 - 74	Count	5	79	84
		% idade	6,0%	94,0%	100,0%
	75-84	Count	9	46	55
		% idade	16,4%	83,6%	100,0%
	>85	Count	3	6	9
		% idade	33,3%	66,7%	100,0%
Total	Count	17	143	160	
	% idade	10,6%	89,4%	100,0%	

Tabela 37 – Idade e Problemas Cardíacos

			o inquirido sofre de problemas cardíacos		
			sim	não	Total
IDADE	<65	Count	0	12	12
		% idade	0,0%	100,0%	100,0%
	65 - 74	Count	11	73	84
		% idade	13,1%	86,9%	100,0%
	75-84	Count	9	46	55
		% idade	16,4%	83,6%	100,0%
	>85	Count	3	6	9
		% idade	33,3%	66,7%	100,0%
Total	Count	23	137	160	
	% idade	14.4%	85.6%	100.0%	

Tabela 38 – Idade e HTA

			o inquirido sofre de hipertensão		
			sim	não	Total
IDADE	<65	Count	4	8	12
		% idade	33,3%	66,7%	100,0%
	65 - 74	Count	43	41	84
		% idade	51,2%	48,8%	100,0%
	75-84	Count	25	30	55
		% idade	45,5%	54,5%	100,0%
	>85	Count	6	3	9
		% idade	66,7%	33,3%	100,0%
Total	Count	78	82	160	
	% idade	48,8%	51,2%	100,0%	

Tabela 39 – Idade e Doença Neurodegenerativa

			doença neurodegenerativa		Total
			sim	não	
IDADE	<65	Count	0	12	12
		% idade	0,0%	100,0%	100,0%
	65 - 74	Count	2	82	84
		% idade	2,4%	97,6%	100,0%
	75-84	Count	3	52	55
		% idade	5,5%	94,5%	100,0%
	>85	Count	2	7	9
		% idade	22,2%	77,8%	100,0%
Total	Count		7	153	160
	% idade		4,4%	95,6%	100,0%

Tabela 40 – Idade e AVC

			AVC		Total
			sim	não	
faixa_etaria2	<65 anos	Count	0	12	12
		% idade	0,0%	100,0%	100,0%
	65 - 74 anos	Count	3	81	84
		% idade	3,6%	96,4%	100,0%
	75-84	Count	6	49	55
		% idade	10,9%	89,1%	100,0%
	>85	Count	3	6	9
		% idade	33,3%	66,7%	100,0%
Total	Count		12	148	160
	% idade		7,5%	92,5%	100,0%

Tabela 41 – Kruskal Wallis Idade e AVC, D. Neurodegenerativa, Fraturas e Problema de Saúde

Tabela 11 - Kruskal-Wallis Teste e ANOVA, D: Neurodegenerativa, Fraturas e Problema de Saúde				
Ranks				
	faixa_etaria2	N	Mean Rank	
o inquirido sofreu avc	<65 anos	12	86,50	
	65 - 74 anos	84	83,64	
	75-84	55	77,77	
	>85	9	59,83	
o inquirido sofre de uma doença neurodegenerativa	<65 anos	12	84,00	
	65 - 74 anos	84	82,10	
	75-84	55	79,64	
	>85	9	66,22	
o inquirido sofre de fraturas	65 - 74 anos	84	81,86	
	75-84	55	77,18	
	>85	9	81,22	
	<65 anos	12	89,00	
o inquirido sofre de fraturas	65 - 74 anos	84	84,24	
	75-84	55	75,91	
	>85	9	62,33	
	65 - 74	84	79,62	
o inquirido sofre de fraturas	75-84	55	80,00	
	>85	9	94,22	
	65 - 74	84	83,17	
	75-84	55	76,14	
o inquirido sofre de fraturas	>85	9	69,83	
	<65 anos	12	87,33	
	65 - 74 anos	84	79,71	
	75-84	55	81,27	
o inquirido sofre de algum problema de saúde	>85	9	74,00	
	o inquirido sofreu avc	o inquirido sofre de uma doença neurodegenerativa	o inquirido sofre de fraturas	o inquirido sofre de perturbações renais
Chi-Square	12,343	8,301	10,089	8,129
df	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,006	,040	,018	,043

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: faixa_etaria2

Tabela 42 – Género e AVC

			AVC		Total
			sim	não	
género	feminino	Count	9	98	107
		% within sexo do inquirido	8,4%	91,6%	100,0%
	masculino	Count	3	50	53
		% within sexo do inquirido	5,7%	94,3%	100,0%
Total	Count		12	148	160
	% of Total		7,5%	92,5%	100,0%

Tabela 43 – Género e LDL Alto

			LDL ALTO		Total
			sim	não	
Género	feminino	Count	39	68	107
		% within sexo do inquirido	36,4%	63,6%	100,0%
	masculino	Count	13	40	53
		% within sexo do inquirido	24,5%	75,5%	100,0%
Total	Count		52	108	160
	% of Total		32.5%	67.5%	100.0%

Tabela 44 – Género e Diabetes

			DIABETES		Total
			sim	não	
Género	feminino	Count	25	82	107
		% within sexo do inquirido	23,4%	76,6%	100,0%
	masculino	Count	12	41	53
		% within sexo do inquirido	22,6%	77,4%	100,0%
Total		Count	37	123	160
		% within sexo do inquirido	23,1%	76,9%	100,0%
		% of Total	23,1%	76,9%	100,0%

Tabela 45 – Género e Doença Neurodegenerativa

			DOENÇA NEURODEGENERATIVA		Total
			sim	não	
Género	feminino	Count	7	100	107
		% within sexo do inquirido	6,5%	93,5%	100,0%
	masculino	Count	0	53	53
		% within sexo do inquirido	0,0%	100,0%	100,0%
Total	Count		7	153	160
	% of Total		4.4%	95.6%	100.0%

Tabela 46 – Género e HTA

			HTA		Total
			sim	não	
Género	feminino	Count	55	52	107
		% within sexo do inquirido	51,4%	48,6%	100,0%
	masculino	Count	23	30	53
		% within sexo do inquirido	43,4%	56,6%	100,0%
Total		Count	78	82	160
		% of Total	48,8%	51,2%	100,0%

Tabela 47 – Género e Osteoporose

			OSTEOPOROSE		Total
			sim	não	
Género	feminino	Count	34	73	107
		% within sexo do inquirido	31,8%	68,2%	100,0%
	masculino	Count	3	50	53
		% within sexo do inquirido	5,7%	94,3%	100,0%
Total		Count	37	123	160
		% of Total	23,1%	76,9%	100,0%

Tabela 48 – Género e Problemas Cardíacos

			PROBLEMAS CARDÍACOS		Total
			sim	não	
Género	feminino	Count	17	90	107
		% within sexo do inquirido	15,9%	84,1%	100,0%
	masculino	Count	6	47	53
		% within sexo do inquirido	11,3%	88,7%	100,0%
Total	Count		23	137	160
	% of Total		14,4%	85,6%	100,0%

Tabela 49 – Género e Fraturas

			FRATURAS		Total
			sim	não	
Género	feminino	Count	14	93	107
		% within sexo do inquirido	13,1%	86,9%	100,0%
	masculino	Count	3	50	53
		% within sexo do inquirido	5,7%	94,3%	100,0%
Total	Count		17	143	160
	% of Total		10,6%	89,4%	100,0%

Tabela 50 – Género e Problemas de Visão

			PROBLEMAS DE VISÃO		Total
			sim	não	
Género	feminino	Count	42	65	107
		% within sexo do inquirido	39,3%	60,7%	100,0%
	masculino	Count	20	33	53
		% within sexo do inquirido	37,7%	62,3%	100,0%
Total	Count		62	98	160
	% of Total		38,8%	61,3%	100,0%

Tabela 51 – Género e Depressão

			DEPRESSAO		Total
			sim	não	
Género	feminino	Count	16	91	107
		% within sexo do inquirido	15,0%	85,0%	100,0%
	masculino	Count	2	51	53
		% within sexo do inquirido	3,8%	96,2%	100,0%
Total	Count		18	142	160
	% of Total		11,2%	88,8%	100,0%

Tabela 52 – Género e Doença Reumática

			DOENÇA REUMÁTICA		Total
			sim	não	
Género	feminino	Count	46	61	107
		% within sexo do inquirido	43,0%	57,0%	100,0%
	masculino	Count	17	36	53
		% within sexo do inquirido	32,1%	67,9%	100,0%
Total	Count		63	97	160
	% of Total		39,4%	60,6%	100,0%

Tabela 53 – Género e Doença Pulmonar

			DOENÇA PULMONAR		Total
			sim	não	
Género	feminino	Count	11	96	107
		% within sexo do inquirido	10,3%	89,7%	100,0%
	masculino	Count	3	50	53
		% within sexo do inquirido	5,7%	94,3%	100,0%
Total	Count		14	146	160
	% of Total		8,8%	91,2%	100,0%

Tabela 54 – Gênero e Problemas Urinários

			PROBLEMAS URINARIOS		Total
			sim	não	
Gênero	feminino	Count	12	95	107
		% within sexo do inquirido	11,2%	88,8%	100,0%
	masculino	Count	4	49	53
		% within sexo do inquirido	7,5%	92,5%	100,0%
Total	Count		16	144	160
	% of Total		10,0%	90,0%	100,0%

Tabela 55 – Gênero e Perturbações Renais

			PERTURBACOES RENAIIS		Total
			sim	não	
Gênero	feminino	Count	9	98	107
		% within sexo do inquirido	8,4%	91,6%	100,0%
	masculino	Count	2	51	53
		% within sexo do inquirido	3,8%	96,2%	100,0%
Total	Count		11	149	160
	% of Total		6,9%	93,1%	100,0%

Tabela 56 – Gênero e Problemas de Estômago

			PROBLEMAS DO ESTOMAGO		Total
			sim	não	
Gênero	feminino	Count	5	102	107
		% within sexo do inquirido	4,7%	95,3%	100,0%
		% of Total	3,1%	63,7%	66,9%
	masculino	Count	0	53	53
		% within sexo do inquirido	0,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	0,0%	33,1%	33,1%
Total	Count		5	155	160
	% within sexo do inquirido		3,1%	96,9%	100,0%
	% of Total		3,1%	96,9%	100,0%

Tabela 57 – Qui-Quadrado Test, Gênero e depressão/osteoporose

Chi-Square Tests – Gênero e Depressão					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,437 ^a	1	,035		
Continuity Correction ^b	3,388	1	,066		
Likelihood Ratio	5,229	1	,022		
Fisher's Exact Test				,036	,027
Linear-by-Linear Association	4,409	1	,036		
N of Valid Cases	160				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,96.

b. Computed only for a 2x2 table

Chi-Square Tests – Gênero e Osteoporose					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	13,598 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	12,168	1	,000		
Likelihood Ratio	16,208	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	13,513	1	,000		
N of Valid Cases	160				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,26.

b. Computed only for a 2x2 table

Tabela 58 – Características do sono

		Freq	%
MEDICAMENTOS PARA DORMIR	sim	69	43,1
	não	91	56,9
	Total	160	100,0
QUANTAS HORAS DORME POR NOITE		Freq	%
	menos de 6	49	30,6
	7 a 8	94	58,8
	mais de 8	16	10,0
	não responde	1	,6
	Total	160	100,0

Tabela 59 – Alimentação Saudável

		Freq	%
CONSIDERA QUE TEM UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	Sim	143	89,4
	Não	15	9,4
	Não responde	2	1,3
	Total	160	100,0

Tabela 60 – Refeições

		Freq	%
TOMA O PEQUENO ALMOÇO	Sim	156	97,5
	Não	4	2,5
FAZ UMA REFEIÇÃO A MEIO DA MANHÃ	Sim	55	34,4
	Não	105	65,6
ALMOÇA	Sim	160	100,0
	Não	0	0
LANCHA	Sim	105	65,6
	Não	55	34,4
JANTA	SIM	155	96,9
	NÃO	5	3,1
FAZ UMA CEIA	SIM	34	21,3
	NÃO	126	78,8

Tabela 61 – Análise conteúdo cuidados alimentares (64 respostas, 40% da amostra)

	Freq	% Respostas obtidas
Evita gorduras/ Consome produtos magros	18	28,1%
Evita açúcares/ doces	15	23,4%
Consome Frutas e legumes/ vegetais	13	20,3%
Evita/ não consome sal	10	15,6%
Evita/ Reduziu as carnes gordas/ vermelhas	8	12,5%
Evita/ não consome fritos	7	10,9%
Efetua uma alimentação variada	6	9,3%
Ingere pouca quantidade / evita excessos/ com moderação come várias vezes ao dia/ 3 x3 h	6	9,3%
Tem restrições alimentares, evita determinados alimentos que fazem mal	6	9,3%
Consome peixe	5	7,8%
Não ingere bebidas alcoólicas	3	4,7%
Reduziu o pão/ hidratos de carbono	3	4,7%
Procura consumir produtos saudáveis	3	4,7%
Ingere pouca manteiga/ usa manteiga magra	2	3,1%
Bebe muita água	1	1,6%
Tem cuidados normais	1	1,6%
Não come fumados	1	1,6%
Faz uma alimentação de acordo com a roda alimentar	1	1,6%
Faz uma dieta mediterrânea	1	1,6%
Consome produtos de soja	1	1,6%
Bebe Chás	1	1,6%

Tabela 62 – Consumo de bebidas alcoólicas

INGERE BEBIDAS ALCOÓLICAS							
		Sim			Raramente ou nunca		Total
		todos os dias	3x/ semana	1x/ semana	raramente	nunca	
Total	Freq	25	7	8	47	71	160
	% Total	15,6%	4,4%	5,0%	29,4%	44,4%	100,0%
		25%			73,8%		

Tabela 63 – Álcool e Idade

		INGERE BEBIDAS ALCOOLICAS COM QUE FREQUÊNCIA					Total
		todos os dias	3x/ semana	1x/ semana	raramente	nunca	
Idade	<65	Count	1	0	1	4	10
		% idade	10,0%	0,0%	10,0%	40,0%	100,0%
	65 - 74	Count	16	5	5	27	84
		% idade	19,0%	6,0%	6,0%	32,1%	100,0%
	75-84	Count	7	2	2	15	55
		% idade	12,7%	3,6%	3,6%	27,3%	100,0%
	>85	Count	1	0	0	1	9
		% idade	11,1%	0,0%	0,0%	11,1%	100,0%
Total	Count	25	7	8	47	71	158
	% of Total	15,8%	4,4%	5,1%	29,7%	44,9%	100,0%

Tabela 64 – Sexo e Consumo de bebidas alcoólicas

		INGERE BEBIDAS ALCOÓLICAS							
		Sim			Raramente ou nunca		não responde	Total	
		todos os dias	três vezes por semana	uma vez por semana	raramente	nunca			
Gênero	Feminino	Freq	7	3	4	31	61	1	107
	% sexo	6,5%	2,8%	3,7%	29,0%	57,0%	0,9%	100,0%	
	Masculino	Freq	18	4	4	16	10	1	53
	% sexo	34,0%	7,5%	7,5%	30,2%	18,9%	1,9%	100,0%	
	Total	Freq	25	7	8	47	71	2	160
	% Total	15,6%	4,4%	5,0%	29,4%	44,4%	1,2%	100,0%	
		25%			73,8%				

Tabela 65 – Mann-whitney sexo e álcool 1

		Test Statistics ^a
		o inquirido ingere bebidas alcoólicas com que frequência
Mann-Whitney U		1372,000
Wilcoxon W		2750,000
Z		-5,463
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000
a. Grouping Variable: sexo do inquirido		

Ranks				
	Sexo do inquirido	N	Mean Rank	Sum of Ranks
O inquirido ingere bebidas alcoólicas com que frequência	Feminino	106	92,56	9811,00
	Masculino	52	52,88	2750,00
	Total	158		

Tabela 66 – Consumo de tabaco

		FUMA			Total
		sim	não	não responde	
Total	Freq	15	143	2	160
	% Total	9,4%	89,4%	1,2%	100,0%

Tabela 67 – Tabaco e idade

			o FUMA		Total
			sim	não	
Idade	<65 anos	Count	3	9	12
		% within faixa_etaria2	25,0%	75,0%	100,0%
	65 - 74 anos	Count	10	74	84
		% within faixa_etaria2	11,9%	88,1%	100,0%
	75-84	Count	2	51	53
		% within faixa_etaria2	3,8%	96,2%	100,0%
	>85	Count	0	9	9
		% within faixa_etaria2	0,0%	100,0%	100,0%
Total	Count	15	143	158	
	% of Total	9.5%	90.5%	100.0%	

Tabela 68 – Género e Consumo de tabaco

Género			FUMA			Total
			sim	não	não responde	
Feminino	Freq		7	99	1	107
	% sexo		6,5%	92,5%	0,9%	100,0%
Masculino	Freq		8	44	1	53
	% sexo		15,1%	83,0%	1,9%	100,0%
Total	Freq		15	143	2	160
	% Total		9,4%	89,4%	1,2%	100,0%

Tabela 69 – Satisfação da amostra com as organizações locais

		Satisfação			Insatisfação			Não aplic	não resp	Total
		Compl satisf	muito satisf	satisf	insatisf	muito insatisf	Completo insatisf			
FUNCIONAMENTO DA CAMARA, PRESIDENTE E VEREADORES	Freq	8	15	87	30	1	3	12	4	160
	%	5,0%	9,4%	54,4%	18,7%	,6%	1,9%	7,5%	2,5%	100,0%
	%	68,8%			21,2%					
FUNCIONAMENTO DAS ASSOCIAÇÕES, INSTITUIÇÕES E ATUAÇÃO DOS DIRIGENTES	Freq	6	8	89	18	3	2	24	10	160
	%	3,8%	5,0%	55,6%	11,2%	1,9%	1,2%	15,0%	6,3%	100,0%
	%	64,4%			14,3%					

Tabela 70 – Participação Política da amostra

		Freq	%
COSTUME DE VOTAR	Sim	135	84,4%
	Não	25	15,6%
COSTUME DE VOTAR NAS ELEIÇÕES AUTÁRQUICAS	Sim	125	78,1%
	Não	35	21,9%
INFLUÊNCIA DO VOTO NAS ELEIÇÕES AUTÁRQUICAS	Nada	57	35,6%
	Partido político	56	35,0%
	Família/ Amigos	14	8,7%
	Campanhas eleitorais	12	7,5%
	Igreja	4	2,5%
	Outros	9	5,6%
	Não responde	8	5,0%
VÍNCULO A UM PARTIDO POLÍTICO	Sim	8	5,0%
	Não	149	93,1%
	Não responde	3	1,9%

Tabela 71 – Idade e Costuma votar

			COSTUMA VOTAR		Total
			sim	não	
Idade	<65 anos	Count	9	3	12
		% within faixa_etaria2	75,0%	25,0%	100,0%
	65 - 74 anos	Count	77	7	84
		% within faixa_etaria2	91,7%	8,3%	100,0%
	75-84	Count	44	11	55
		% within faixa_etaria2	80,0%	20,0%	100,0%
Total	>85	Count	5	4	9
		% within faixa_etaria2	55,6%	44,4%	100,0%
Total	Count		135	25	160
		% of Total	84,4%	15,6%	100,0%

Tabela 72 – Idade e costuma votar nas eleições autárquicas

			costuma votar nas autarquias		Total
			sim	não	
faixa_etaria2	<65 anos	Count	8	4	12
		% within faixa_etaria2	66,7%	33,3%	100,0%
	65 - 74 anos	Count	74	10	84
		% within faixa_etaria2	88,1%	11,9%	100,0%
	75-84	Count	39	16	55
		% within faixa_etaria2	70,9%	29,1%	100,0%
Total	>85	Count	4	5	9
		% within faixa_etaria2	44,4%	55,6%	100,0%
Total	Count		125	35	160
		% of Total	78,1%	21,9%	100,0%

Tabela 73 – Kruskal-Wallis Test - Idade e costuma votar e votar nas autarquias

Ranks			
	faixa_etaria2	N	Mean Rank
o inquirido costuma votar ou nao	<65 anos	12	88,00
	65 - 74 anos	84	74,67
	75-84	55	84,00
	>85	9	103,56
	Total	160	
o inquirido costuma votar nas autarquias	<65 anos	12	89,67
	65 - 74 anos	84	72,52
	75-84	55	86,27
	>85	9	107,44
	Total	160	

	o inquirido costuma votar ou nao	o inquirido costuma votar nas autarquias
Chi-Square	10,590	13,373
df	3	3
Asymp. Sig.	,014	,004

Tabela 74 – Género e Costuma votar

			o COSTUMA VOTAR		Total
			sim	não	
Género	feminino	Count	86	21	107
		% within sexo do inquirido	80,4%	19,6%	100,0%
	masculino	Count	49	4	53
		% within sexo do inquirido	92,5%	7,5%	100,0%
Total	Count		135	25	160
	% of Total		84,4%	15,6%	100,0%

Tabela 75 – Qui-quadrado Test, Género e Costuma Votar

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,923 ^a	1	,048		
Continuity Correction ^b	3,060	1	,080		
Likelihood Ratio	4,358	1	,037		
Fisher's Exact Test				,063	,036
Linear-by-Linear Association	3,898	1	,048		
N of Valid Cases	160				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,28.

b. Computed only for a 2x2 table

Tabela 76 – Género e Costuma votar nas eleições autárquicas

Crosstab					
		o inquirido costuma votar nas autarquias		Total	
		sim	não		
Género	feminino	Count	78	29	107
		% within sexo do inquirido	72,9%	27,1%	100,0%
		% of Total	48,8%	18,1%	66,9%
	masculino	Count	47	6	53
		% within sexo do inquirido	88,7%	11,3%	100,0%
		% of Total	29,4%	3,8%	33,1%
Total	Count		125	35	160
	% within sexo do inquirido		78,1%	21,9%	100,0%
	% of Total		78,1%	21,9%	100,0%

Tabela 77 – Qui-quadrado Test, Género e Costuma votar nas eleições autárquicas

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,166 ^a	1	,023		
Continuity Correction ^b	4,283	1	,038		
Likelihood Ratio	5,631	1	,018		
Fisher's Exact Test				,026	,017
Linear-by-Linear Association	5,133	1	,023		
N of Valid Cases	160				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,59.
b. Computed only for a 2x2 table

Tabela 78 – Costuma votar e Escolaridade

			COSTUMA VOTAR		Total
			sim	não	
o ESCOLARIDADE	nao estudou	Count	6	5	11
		% escolaridade	54,5%	45,5%	100,0%
	primeira classe	Count	1	0	1
		% escolaridade	100,0%	0,0%	100,0%
	segunda classe	Count	1	1	2
		% escolaridade	50,0%	50,0%	100,0%
	terceira classe	Count	8	4	12
		% escolaridade	66,7%	33,3%	100,0%
	quarta classe	Count	40	6	46
		% escolaridade	87,0%	13,0%	100,0%
	segundo ciclo	Count	9	0	9
		% escolaridade	100,0%	0,0%	100,0%
	terceiro ciclo	Count	26	2	28
		% escolaridade	92,9%	7,1%	100,0%
	ensino secundário	Count	11	0	11
		% escolaridade	100,0%	0,0%	100,0%
	ensino superior	Count	21	1	22
		% escolaridade	95,5%	4,5%	100,0%
	não responde	Count	12	6	18
		% escolaridade	66,7%	33,3%	100,0%
		% of Total	7,5%	3,8%	11,2%
Total	Count	135	25	160	
	% of Total	84,4%	15,6%	100,0%	

Tabela 79 – Kruskal-wallis test, Costuma votar e Escolaridade

Ranks			
o inquirido estudou até que ano ou nível		N	Mean Rank
o inquirido costuma votar ou nao	nao estudou	11	42,23
	primeira classe	1	69,50
	segunda classe	2	39,50
	terceira classe	12	49,50
	quarta classe	46	61,67
	segundo ciclo	9	69,50
	terceiro ciclo	28	65,21
	ensino secundário	11	69,50
	Total	120	

Test Statistics ^{a,b}	
o inquirido costuma votar ou nao	
Chi-Square	18,134
df	7
Asymp. Sig.	,011

a. Kruskal Wallis Test
b. Grouping Variable: o inquirido estudou até que ano ou nível

Tabela 80 – Número de pessoas com quem conversa

COM QUANTOS FAMILIARES/AMIGOS/VIZINHOS CONVERSA									
		0	1	2	3 a 4	5 a 8	9 ou mais	Não responde	Total
TODOS OS DIAS	Freq	3	7	17	59	35	39	0	160
	%	1,9%	4,4%	10,6%	36,9%	21,9%	24,4%	0%	100,0%
PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA	Freq	1	1	3	16	20	78	41	160
	%	0,6%	,6%	1,9%	10,0%	12,5%	48,8%	25,6%	100,0%
PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS	Freq	1	0	5	6	6	96	46	160
	%	0,6%	0%	3,1%	3,8%	3,8%	60,0%	28,7%	100,0%

Tabela 81 – Número de pessoas com quem conversa e Satisfação

SATISFAÇÃO COM CONVERSAR COM FAMILIARES, VIZINHOS OU AMIGOS										
			completamente satisfeito	muito satisfeito	satisfeito	insatisfeito	insatisfeito muito	completamente insatisfeito	não responde	Total
COM QUANTOS FAMILIARES, AMIGOS OU VIZINHOS CONVERSA TODOS OS DIAS	0	Freq	1	0	1	0	0	0	1	3
		% conversa	33,3%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	100,0%
		% Total	0,6%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	1,9%
	1	Freq	0	1	4	2	0	0	0	7
		% conversa	0,0%	14,3%	57,1%	28,6%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% Total	0,0%	0,6%	2,5%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	4,4%
	2	Freq	2	5	7	2	0	0	1	17
		% conversa	11,8%	29,4%	41,2%	11,8%	0,0%	0,0%	5,9%	100,0%
		% Total	1,2%	3,1%	4,4%	1,2%	0,0%	0,0%	0,6%	10,6%
	3 a 4	Freq	19	13	21	2	1	1	2	59
		% conversa	32,2%	22,0%	35,6%	3,4%	1,7%	1,7%	3,4%	100,0%
		% Total	11,9%	8,1%	13,1%	1,2%	0,6%	0,6%	1,2%	36,9%
	5 a 8	Freq	12	10	13	0	0	0	0	35
		% conversa	34,3%	28,6%	37,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% Total	7,5%	6,2%	8,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	21,9%
	9 ou mais	Freq	18	9	11	0	0	0	1	39
		% conversa	46,2%	23,1%	28,2%	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%	100,0%
		% Total	11,2%	5,6%	6,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	24,4%
Total	Freq	52	38	57	6	1	1	5	160	
	% Total	32,5%	23,8%	35,6%	3,8%	0,6%	0,6%	3,1%	100,0%	

Tabela 82 – Kruskal Wallis Test com quantas pessoas conversa todos os dias e satisfação com conversar com família, amigos, vizinhos (1)

Ranks			
	com quantos familiares, amigos ou vizinhos o inquirido conversa todos os dias	N	Mean Rank
satisfacao do inquirido com conversar com familiares, vizinhos ou amigos	0	2	72,75
	1	7	121,21
	2	16	96,53
	3 a 4	57	79,68
	5 a 8	35	73,71
	9 ou mais	38	63,93
	Total	155	
Test Statistics ^{a,b}			
satisfacao do inquirido com conversar com familiares, vizinhos ou amigos			
Chi-Square			14,895
df			5
Asymp. Sig.			,011
a. Kruskal Wallis Test			
b. Grouping Variable: com quantos familiares, amigos ou vizinhos o inquirido conversa todos os dias			

Tabela 83 – Pessoas com quem pode falar e pedir ajuda

		Positivo			Negativo		Total
		sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	raramente	nunca	
QUANDO TEM DE TOMAR UMA DECISÃO IMPORTANTE TEM ALGUÉM COM QUEM POSSA FALAR	Freq	127	17	12	4	0	160
	%	79,4%	10,6%	7,5%	2,5%	0%	100%
QUANDO PRECISA DE AJUDA COM CUIDADOS PESSOAIS E TAREFAS DOMÉSTICAS TEM ALGUÉM A QUEM RECORRER	Freq	111	16	17	6	10	160
	%	69,4%	10,0%	10,6%	3,7%	6,3%	100

Tabela 84 – Práticas de atividade física

		Freq	%
PRATICA ATIVIDADE FÍSICA	Sim	67	41,9%
	Não	93	58,1%
PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA SÉNIOR (CÂMARA MUNICIPAL)	Sim	14	8,8%
	Não	146	91,3%

Tabela 85 – Análise conteúdo razões para não participar nos programas de atividade física (121 respostas, 75,6% da amostra)²⁵⁴

	Freq	%
Tem as suas atividades autonomamente, faz as suas modalidades (caminhada, yoga, musculação, tênis, equitação, pilates, hidroginástica, ginástica, bicicleta, natação, ginásio...)	51	42,1%
Doença, falta de saúde, limitações físicas, mobilidade condicionada	20	16,5%
Não tem tempo, está muito ocupado, falta de disponibilidade	16	13,2%
Desconhece/ falta de informação	14	11,6%
Não quer	8	6,6%
Falta de interesse, não tem disposição, não se sente vocacionado, por inércia	6	5%
Não existem programas estruturados de atividade física na área de residência	6	5%
Não gosta de atividades de grupo, não se identifica, não lhe chamam a atenção	5	4,1%
Tem outras atividades em casa, na quinta, com a família	4	3,3%
Não lhe dá jeito	1	0,8%
Não se pode deslocar	1	0,8%
Gosta mais de ficar em casa	1	0,8%
Tem um filho deficiente que vive com ela	1	0,8%
Não tem possibilidades	1	0,8%

Tabela 86 – Idade e Atividade física

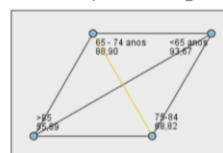
			PRATICA ATIVIDADE FÍSICA		Total
			sim	não	
Idade	<65	Count	7	5	12
		% within faixa_etaria2	58,3%	41,7%	100,0%
	65 - 74	Count	44	40	84
		% within faixa_etaria2	52,4%	47,6%	100,0%
	75-84	Count	15	40	55
		% within faixa_etaria2	27,3%	72,7%	100,0%
	>85	Count	1	8	9
		% within faixa_etaria2	11,1%	88,9%	100,0%
	Total	Count	67	93	160
		% of Total	41,9%	58,1%	100,0%

²⁵⁴ Os valores foram arredondados a uma escala decimal

Tabela 87 – Kruskal-wallis test, idade e praticar atividade física

Ranks			
	faixa_etaria2	N	Mean Rank
o inquirido pratica ou não atividade física	<65 anos	12	93,67
	65 - 74 anos	84	88,90
	75-84	55	68,82
	>85	9	55,89
	Total	160	
Test Statistics ^{a,b}			
o inquirido pratica ou não atividade física			
Chi-Square			13,378
df			3
Asymp. Sig.			,004
a. Kruskal Wallis Test			
b. Grouping Variable: faixa_etaria2			

Pairwise Comparisons of faixa_etaria2



Each node shows the sample average rank of faixa_etaria2.

Sample1	Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig.
>85	75-84	12,929	14,236	,908	,364	1,000
>85	65 - 74 anos	33,016	13,886	2,378	,017	,105
>85	<65 anos	37,778	17,459	2,164	,030	,183
75-84	65 - 74 anos	20,087	6,867	2,925	,003	,021
75-84	<65 anos	24,848	12,615	1,970	,049	,293
65 - 74 anos	<65 anos	4,762	12,218	,390	,697	1,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of o inquirido pratica ou não atividade física is the same across categories of faixa_etaria2.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,004	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Tabela 88 – Escolaridade e atividade física

			PRATICA ATIVIDADE FÍSICA		Total
			sim	não	
escolaridade	nao estudou	Count	1	10	11
		% escolaridade	9,1%	90,9%	100,0%
	primeira classe	Count	0	1	1
		% escolaridade	0,0%	100,0%	100,0%
	segunda classe	Count	1	1	2
		% escolaridade	50,0%	50,0%	100,0%
	terceira classe	Count	2	10	12
		% escolaridade	16,7%	83,3%	100,0%
	quarta classe	Count	16	30	46
		% escolaridade	34,8%	65,2%	100,0%
	segundo ciclo	Count	6	3	9
		% escolaridade	66,7%	33,3%	100,0%
	terceiro ciclo	Count	13	15	28
		% escolaridade	46,4%	53,6%	100,0%
	ensino secundário	Count	6	5	11
		% escolaridade	54,5%	45,5%	100,0%
	ensino superior	Count	15	7	22
		% escolaridade	68,2%	31,8%	100,0%
não responde	Count	7	11	18	
	% escolaridade	38,9%	61,1%	100,0%	
Total	Count	67	93	160	
	% of Total	41,9%	58,1%	100,0%	

Tabela 89 – Kruskal-wallis test, escolaridade e atividade física

Ranks			
	o inquirido estudou até que ano ou nível	N	Mean Rank
o inquirido pratica ou não atividade física	nao estudou	11	47,95
	primeira classe	1	41,50
	segunda classe	2	77,00
	terceira classe	12	53,33
	quarta classe	46	66,20
	segundo ciclo	9	88,83
	terceiro ciclo	28	74,46
	ensino secundário	11	80,23
	ensino superior	22	89,91
	Total	142	

Test Statistics ^{a,b}	
o inquirido pratica ou não atividade física	
Chi-Square	19,017
df	8
Asymp. Sig.	,015
a. Kruskal Wallis Test	
b. Grouping Variable: o inquirido estudou até que ano ou nível	

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of o inquirido pratica ou não atividade física is the same across categories of o inquirido estudou até que ano ou nível.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,015	Reject the null hypothesis

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

primeira classe-segundo ciclo	-47,333	37,099	-1,276	,202	1,000
primeira classe-ensino superior	-48,409	35,987	-1,345	,179	1,000
nao estudou-terceira classe	-5,379	14,691	-,366	,714	1,000
nao estudou-quarta classe	-18,241	11,813	-1,544	,123	1,000
nao estudou-terceiro ciclo	-26,510	12,524	-2,117	,034	1,000
nao estudou-segunda classe	-29,045	27,065	-1,074	,283	1,000
nao estudou-ensino secundário	-32,273	15,007	-2,150	,032	1,000
nao estudou-segundo ciclo	-40,879	15,919	-2,584	,010	,351
nao estudou-ensino superior	-41,955	12,997	-3,228	,001	,045
terceira classe-quarta classe	-12,862	11,409	-1,127	,260	1,000
terceira classe-terceiro ciclo	-21,131	12,144	-1,740	,082	1,000
terceira classe-segunda classe	23,667	26,881	,880	,379	1,000
terceira classe-ensino secundário	-26,894	14,691	-1,831	,067	1,000
terceira classe-segundo ciclo	-35,500	15,520	-2,287	,022	,798
terceira classe-ensino superior	-36,576	12,631	-2,896	,004	,136

Tabela 90 – Género e atividade física

			PRATICA ATIVIDADE FÍSICA		Total
			nao	sim	
Género	feminino	Count	59	48	107
		% within sexo do inquirido	55,1%	44,9%	100,0%
	2	Count	34	19	53
		% within sexo do inquirido	64,2%	35,8%	100,0%
Total	Count		93	67	160
	% of Total		58,1%	41,9%	100,0%

Tabela 91 sexo e participação em programas de atividade física

			PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA		
			sim	não	Total
SEXO	Feminino	Freq	13	94	107
		% sexo	12,1%	87,9%	100,0%
	Masculino	Freq	1	52	53
		% sexo	1,9%	98,1%	100,0%
	Total	Freq	14	146	160
		% Total	8,8%	91,2%	100,0%

Tabela 92 – Qui-quadrado sexo e programas de atividade física

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,675^a	1	,031		
Continuity Correction ^b	3,478	1	,062		
Likelihood Ratio	5,870	1	,015		
Fisher's Exact Test				,036	,024
Linear-by-Linear Association	4,646	1	,031		
N of Valid Cases	160				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,64.
b. Computed only for a 2x2 table

Tabela 93 – Participação em programas de atividade física e satisfação em relação à realização de atividades físicas sozinho ou com outras pessoas

SATISFACAO DO INQUIRIDO EM RELAÇÃO À REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES FÍSICAS SOZINHO OU COM OUTRAS PESSOAS											
		completamente satisfeito		muito satisfeito		satisfeito		insatisfeito		Total	
		3		4		7		0		14	
PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA	sim	Freq	21,4%	28,6%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
		% Prog ativ física	1,9%	2,5%	4,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,8%	
		% Total									
	não	Freq	7	11	58	20	2	42	6	146	
		% Prog ativ física	4,8%	7,5%	39,7%	13,7%	1,4%	28,8%	4,1%	100,0%	
		% Total	4,4%	6,9%	36,2%	12,5%	1,2%	26,2%	3,8%	91,2%	
Total	Freq	10	15	65	20	2	42	6	160		
	% Total	6,2%	9,4%	40,6%	12,5%	1,2%	26,2%	3,8%	100,0%		

Tabela 94 – Mann-Whitney particip atividade física e satisf realização de ativ física sozinho ou com pessoas

Ranks				
	o inquirido participa ou não em programas de atividade senior da câmara municipal	N	Mean Rank	Sum of Ranks
satisfacao do inquirido em relação à realização de atividades fisicas sozinho ou com outras pessoas	sim	14	35,32	494,50
	não	98	59,53	5833,50
	Total	112		

Test Statistics ^a	
satisfacao do inquirido em relação à realização de atividades fisicas sozinho ou com outras pessoas	
Mann-Whitney U	389,500
Wilcoxon W	494,500
Z	-2,924
Asymp. Sig. (2-tailed)	,003

a. Grouping Variable: o inquirido participa ou não em programas de atividade senior da câmara municipal

Tabela 95 – Práticas culturais e recreativas

		Freq	%
PROGRAMAS CULTURAIS E RECREATIVOS (CÂMARA MUNICIPAL, ASSOCIAÇÕES OU INSTITUIÇÕES)	Sim	23	14,4%
	Não	137	85,6%

Tabela 96 – Razões para não participar nos programas culturais e recreativos (102 respostas, 63,8% da amostra)²⁵⁵

	Freq	% respostas obtidas
Gosta de programar as suas próprias atividades culturais e recreativas, tem outras fontes como a Fundação Caloust Gulbenkian, o CCB, frequenta a biblioteca, assiste a concertos de música, visita museus, passeia pelo país, aulas de inglês, sessões de costura, aproveita as festas municipais,	19	18,6%
Desconhece a existência de programas culturais e recreativos; falta de informação e divulgação;	18	17,6%
Falta de disponibilidade, não tem tempo	13	12,7%
Não quer, nunca se informou, nunca os procurou	12	11,8%
Falta de interesse, não se sente vocacionado, não tem paciência, não tem vontade	12	11,8%
Não pode	8	7,8%
Não são interessantes, não são relevantes	5	4,9%
Não existem	5	4,9%
Doença	5	4,9%
Ocupa o tempo com a família e os amigos	4	3,9%
Porque está integrada numa universidade senior	4	3,9%
Os horários não se adequam aos afazeres familiares	1	0,9%
Não se pode deslocar sozinha	1	0,9%
Não são acessíveis	1	0,9%
Ninguém o convida	1	0,9%
Não calha	1	0,9%

Tabela 97 – Satisfação do inquirido em relação à realização de atividades culturais e de lazer sozinho ou com outras pessoas e participa em programas culturais e recreativos

SATISFACAO DO INQUIRIDO EM RELAÇÃO À REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES CULTURAIS E DE LAZER SOZINHO OU COM OUTRAS PESSOAS										
		completa mente satisfeito	muito satisfeito	satisfeit o	insatisfei to	completame nte insatisfeito	não aplicável	não responde	Total	
PARTICIPA EM PROGRAMAS CULTURAIS	sim	Freq	3	1	16	0	0	3	0	23
		% Prog cult	13,0%	4,3%	69,6%	0,0%	0,0%	13,0%	0,0%	100,0%
		% Total	1,9%	0,6%	10,0%	0,0%	0,0%	1,9%	0,0%	14,4%
	não	Freq	10	17	61	15	1	27	6	137
		% Prog cult	7,3%	12,4%	44,5%	10,9%	0,7%	19,7%	4,4%	100,0%
		% Total	6,2%	10,6%	38,1%	9,4%	0,6%	16,9%	3,8%	85,6%
Total	Freq	13	18	77	15	1	30	6	160	
	% Total	8,1%	11,2%	48,1%	9,4%	0,6%	18,8%	3,8%	100,0%	

Tabela 98 – Atividades de ocupação da amostra

	Freq	%
Família e os amigos	142	88,8%
TV e/ ou Rádio	131	81,9%
Tarefas domesticas	120	75,0%
Livros, jornais, revistas	106	66,3%
Passear a pé	94	58,8%
Jogos de palavras ou números	57	35,6%
Viajar	57	35,6%
Internet	57	35,6%
Igreja, mesquita, sinagoga	53	33,1%
Eventos culturais	48	30,0%
Renda, tricot ou crochet	48	30,0%
Agricultura	32	20,0%
Cuidar de outras pessoas	30	18,8%
Biblioteca	18	11,3%
Jogos de interação social, cartas, xadrez, damas	16	10,0%
Associação local	14	8,8%
Universidade sénior	13	8,1%
Voluntariado e caridade	12	7,5%
Centro de dia ou convívio	8	5,0%
Organização política	6	3,8%
Bicicleta	6	3,8%
Exercer a sua profissão esporadicamente	3	1,9%
Pintura	1	,6%

²⁵⁵ Os valores foram arredondados a uma escala decimal

Tabela 99 – Quedas da amostra e dificuldades na mobilidade e locomoção

			QUEDAS NO ÚLTIMO ANO					Total
			Não	Sim				
			0	1 a 4	4 +	sim mas não sabe quantas	não sabe	
DIFICULDADES NA MOBILIDADE E LOCOMOÇÃO	sim	Freq	23	15	4	6	3	51
		% dif mob e loc	45,1%	29,4%	7,8%	11,8%	5,9%	100,0%
	não	Freq	83	26	0	0	0	109
		% dif mob e loc	76,1%	23,9%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Total	Freq	106	41	4	6	3	160
		% Total	66,2%	25,6%	2,5%	3,8%	1,9%	100,0%
		Freq		51				
% Total			31,9%					

Tabela 100 – Mann-whitney difíc mob e loc e quedas (1)

Test Statistics ^a	
o inquirido sofreu quedas no último ano	
Mann-Whitney U	1747,500
Wilcoxon W	7742,500
Z	-2,824
Asymp. Sig. (2-tailed)	,005
a. Grouping Variable: o inquirido tem dificuldades na mobilidade e locomoção	

Ranks				
	o inquirido tem dificuldades na mobilidade e locomoção	N	Mean Rank	Sum of Ranks
o inquirido sofreu quedas no último ano	sim	42	88,89	3733,50
	não	109	71,03	7742,50
	Total	151		

Tabela 101 – local das quedas

		Freq	%	%
Local das quedas	Casa	28	54,9%	
	Cidade, vila ou aldeia	14	27,5%	92,2%
	Bairro	5	9,8%	
	Quinta	2	3,9%	
	Outro	1	1,9%	
	Centro de dia	1	1,9%	
	Total	51	100,0%	

Tabela 102 – Necessidade de subir escadas e quedas

			QUEDAS NO ÚLTIMO ANO					Total
			Não	Sim				
			0	1 a 4	4 +	sim mas não sabe quantas	não sabe	
NA CASA NECESSITA SUBIR MUITAS ESCADAS	sim	Freq	38	15	2	2	1	58
		% escadas	65,5%	25,9%	3,4%	3,4%	1,7%	100,0%
	não	Freq	66	25	2	4	2	99
		% escadas	66,7%	25,3%	2,0%	4,0%	2,0%	100,0%
	não responde	Freq	2	1	0	0	0	3
		% escadas	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	Freq		106	41	4	6	3	160
	% of Total		66,2%	25,6%	2,5%	3,8%	1,9%	100,0%

Tabela 103 – Necessidade de subir escadas e dificuldades na mobilidade e locomoção

DIFICULDADES NA MOBILIDADE E LOCOMOÇÃO					
			sim	não	Total
NA CASA NECESSITA SUBIR MUITAS ESCADAS	sim	Freq	17	41	58
		% escadas	29,3%	70,7%	100,0%
	não	Freq	32	67	99
		% escadas	32,3%	67,7%	100,0%
	não responde	Freq	2	1	3
		% escadas	66,7%	33,3%	100,0%
	Total	Freq	51	109	160
		% Total	31,9%	68,1%	100,0%

Tabela 104 – Quedas e Estado de conservação da casa

			QUEDAS NO ÚLTIMO ANO					
			Não	Sim			não	Total
			0	1 a 4	4 ou +	Sim não sabe qts	sabe	
ESTADO DE CONSERVAÇÃO DA CASA	muito bom	Freq	26	8	0	0	1	35
		% conservação	74,3%	22,9%	0,0%	0,0%	2,9%	100,0%
	bom	Freq	51	19	2	3	1	76
		% conservação	67,1%	25,0%	2,6%	3,9%	1,3%	100,0%
	razoável	Freq	21	9	1	2	0	33
		% conservação	63,6%	27,3%	3,0%	6,1%	0,0%	100,0%
	precisa de pequenas intervenções	Freq	6	2	1	1	1	11
		% conservação	54,5%	18,2%	9,1%	9,1%	9,1%	100,0%
	degradada a precisar de grandes obras	Freq	1	3	0	0	0	4
		% conservação	25,0%	75,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	não responde	Freq	1	0	0	0	0	1
		% conservação	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	Freq	106	41	4	6	3	160	
	% of Total	66,2%	25,6%	2,5%	3,8%	1,9%	100,0%	

Tabela 105 – Quedas e Satisfação em relação à acessibilidade e segurança do lugar

			QUEDAS				Total	
			Não	Sim				não sabe
			0	1 a 4	4 ou mais	sim mas não sabe quantas		
SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO À ACESSIBILIDADE E SEGURANÇA DA DO LUGAR	completamente satisfeito	Freq	22	4	0	0	0	26
		% lugar	84,6%	15,4%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	muito satisfeito	Freq	19	9	2	1	1	32
		% lugar	59,4%	28,1%	6,2%	3,1%	3,1%	100,0%
	satisfeito	Freq	58	26	1	4	2	91
		% lugar	63,7%	28,6%	1,1%	4,4%	2,2%	100,0%
	insatisfeito	Freq	5	2	1	1	0	9
		% lugar	55,6%	22,2%	11,1%	11,1%	0,0%	100,0%
	muito insatisfeito	Freq	1	0	0	0	0	1
		% lugar	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	não responde	Freq	1	0	0	0	0	1
		% lugar	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	Freq	106	41	4	6	3	160	
	% Total	66,2%	25,6%	2,5%	3,8%	1,9%	100,0%	

Tabela 106 – Estado de conservação da habitação

ESTADO DE CONSERVAÇÃO DA HABITAÇÃO							
	Positivo			Negativo		Não responde	Total
	Muito Bom	Bom	Razoável	Precisa de Pequenas Intervenções	Degradada a precisar de Grandes Obras		
Freq	35	76	33	11	4	1	160
%	21,9%	47,5%	20,6%	6,9%	2,5%	,6%	100,0
Freq	144			15			
%	90,0%			9,4%			

Tabela 107 – Satisfação com a acessibilidade e segurança da habitação

		Satisfação			Insatisfação			Total	
		completamente satisfeito	muito satisfeito	satisfeito	insatisfeito	muito insatisfeito	completamente insatisfeito	Não aplicável	não responde
ACESSIBILIDADE E SEGURANÇA DA HABITAÇÃO	Freq	44	25	76	9	5	0	0	1
	%	27,5%	15,6%	47,5%	5,6%	3,1%	0%	0%	,6%
	%	90,6%							
								Total	
								160	
								100,0%	

Tabela 108 – Satisfação em relação à acessibilidade e segurança da habitação e divisões

		ACESSIBILIDADE E SEGURANÇA DA HABITAÇÃO							Total
		completamente satisfeito	muito satisfeito	satisfeito	insatisfeito	muito insatisfeito	completamente insatisfeito	não responde	
DIVISÕES	1	Freq	0	1	1	0	1	0	3
		% divisões	0,0%	33,3%	33,3%	0,0%	33,3%	0,0%	100,0%
	2 a 3	Freq	13	8	27	4	2	0	54
		% divisões	24,1%	14,8%	50,0%	7,4%	3,7%	0,0%	100,0%
	4 ou mais	Freq	30	16	48	5	2	1	102
		% divisões	29,4%	15,7%	47,1%	4,9%	2,0%	1,0%	100,0%
	não responde	Freq	1	0	0	0	0	0	1
		% divisões	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Total	Freq	44	25	76	9	5	1	160
		% Total	27,5%	15,6%	47,5%	5,6%	3,1%	0,6%	100,0%

Tabela 109 – Satisfação em relação ao lugar onde se vive

		Satisfação			Insatisfação			Total	
		completamente satisfeito	muito satisfeito	satisfeito	insatisfeito	muito insatisfeito	completamente insatisfeito	Não aplicável	não responde
LUGAR ONDE VIVE, CIDADE, VILA, ALDEIA	Freq	26	32	91	9	1	0	0	1
	%	16,3%	20,0%	56,9%	5,6%	,6%	0%	0%	,6%
	%	93,1%							
SERVIÇOS DISPONÍVEIS NO LUGAR	Freq	30	37	77	12	1	1	2	0
	%	18,8%	23,1%	48,1%	7,5%	,6%	,6%	1,3%	0%
	%	90,0%							

Tabela 110 – Satisfação em relação à acessibilidade e segurança do lugar onde vive (cidade, vila aldeia) e dificuldades de mobilidade e locomoção

			SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO À ACESSIBILIDADE E SEGURANÇA DA DO LUGAR						
			satisfeito			insatisfeito			Total
			completamente	muito	satisfeito	insatisfeito	muito	não	
			satisfeito	satisfeito			insatisfeito	responde	
DIFIC. DE MOBILIDADE E LOCOMOÇÃO	sim	Freq	5	10	29	5	1	1	51
		% difíc mob loc	9,8%	19,6%	56,9%	9,8%	2,0%	2,0%	100,0%
	não	Freq	21	22	62	4	0	0	109
		% difíc mob loc	19,3%	20,2%	56,9%	3,7%	0,0%	0,0%	100,0%
	Total	Freq	26	32	91	9	1	1	160
		% Total	16,2%	20,0%	56,9%	5,6%	0,6%	0,6%	100,0%

Tabela 111 – Dific mob e locomoção e satisfação em relação à acessibilidade e segurança do lugar onde vive (dicotomizada)

			satisflugar dicotomizado		Total
			satisfeito	insatisfeito	
o inquirido tem dificuldades na mobilidade e locomoção	sim	Count	44	6	50
		% within o inquirido tem dificuldades na mobilidade e locomoção	88,0%	12,0%	100,0%
	não	Count	105	4	109
		% within o inquirido tem dificuldades na mobilidade e locomoção	96,3%	3,7%	100,0%
Total		Count	149	10	159
		% of Total	93,7%	6,3%	100,0%

Tabela 112 – Qui-quadrado satisfação com o lugar e difíc mobilidade e locomoção

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,036 ^a	1	,045		
Continuity Correction ^b	2,746	1	,097		
Likelihood Ratio	3,700	1	,054		
Fisher's Exact Test				,073	,053
Linear-by-Linear Association	4,010	1	,045		
N of Valid Cases	159				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,14.

b. Computed only for a 2x2 table

Tabela 113 – Satisfação em relação à disponibilidade de transportes públicos e meio de transporte que usa habitualmente

		SATISFACAO EM RELAÇÃO À DISPONIBILIDADE DE TRANSPORTES PUBLICOS									
		completamente satisfeito	muito satisfeito	satisfeito	insatisfeito	muito insatisfeito	completamente insatisfeito	não aplicável	não responde	Total	
MEIO DE TRANSPORTE	carro próprio	Freq	8	6	40	4	1	1	11	4	75
		% transporte	10,7%	8,0%	53,3%	5,3%	1,3%	1,3%	14,7%	5,3%	100,0%
	transportes públicos	Freq	9	4	21	6	1	0	0	3	44
		% transporte	20,5%	9,1%	47,7%	13,6%	2,3%	0,0%	0,0%	6,8%	100,0%
	viatura de familiares	Freq	2	2	5	1	0	0	2	0	12
		% transporte	16,7%	16,7%	41,7%	8,3%	0,0%	0,0%	16,7%	0,0%	100,0%
	a pé	Freq	1	2	11	4	0	1	7	0	26
		% transporte	3,8%	7,7%	42,3%	15,4%	0,0%	3,8%	26,9%	0,0%	100,0%
	taxi	Freq	0	0	0	0	0	0	1	0	1
		% transporte	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	carrinha do centro de dia	Freq	1	0	0	0	0	0	0	0	1
		% transporte	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	Freq	21	14	77	15	2	2	21	7	159	
	% Total	13,2%	8,8%	48,4%	9,4%	1,3%	1,3%	13,2%	4,4%	100,0%	

Tabela 114 – Satisfação em relação aos serviços disponíveis no lugar e meio de transporte que usa habitualmente

SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO AOS SERVIÇOS DISPONÍVEIS NO LUGAR										
			completamente satisfeito	muito satisfeito	satisfeito	insatisfeito	muito insatisfeito	completamente insatisfeito	não aplicável	Total
MEIO DE TRANSPORTE	carro próprio	Freq	17	16	34	6	0	0	2	75
		% transporte	22,7%	21,3%	45,3%	8,0%	0,0%	0,0%	2,7%	100,0%
	transportes públicos	Freq	11	8	20	5	0	0	0	44
		% transporte	25,0%	18,2%	45,5%	11,4%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	viatura de familiares	Freq	0	6	5	0	0	1	0	12
		% transporte	0,0%	50,0%	41,7%	0,0%	0,0%	8,3%	0,0%	100,0%
	a pé	Freq	2	6	16	1	1	0	0	26
		% transporte	7,7%	23,1%	61,5%	3,8%	3,8%	0,0%	0,0%	100,0%
	taxi	Freq	0	0	1	0	0	0	0	1
		% transporte	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	carrinha do centro de dia	Freq	0	0	1	0	0	0	0	1
		% transporte	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Freq	30	36	77	12	1	1	2	159
		% Total	18,9%	22,6%	48,4%	7,5%	0,6%	0,6%	1,3%	100,0%

Tabela 115 – Sexo e frequência com que a idade impede de fazer coisas que gostaria de fazer

FREQUÊNCIA COM QUE A IDADE IMPEDE DE FAZER COISAS QUE GOSTARIA							
		sempre	muitas vezes	às vezes	raramente	nunca	não responde
Total	Freq	9	23	64	30	30	4
	% Total	5,6%	14,4%	40,0%	18,8%	18,8%	2,5%
							Total
							160
							100,0%

Tabela 116 – Idade e frequência com que a idade impede de fazer coisas que gostaria de fazer

FREQUÊNCIA COM QUE A IDADE IMPEDE DE FAZER COISAS QUE GOSTARIA							
		sempre	muitas vezes	às vezes	raramente	nunca	não responde
IDADE	<65	Freq	0	1	4	3	4
		% idade	0,0%	8,3%	33,3%	25,0%	33,3%
	65 - 74	Freq	0	13	36	22	13
		% idade	0,0%	15,5%	42,9%	26,2%	15,5%
	75-84	Freq	5	7	22	5	13
		% idade	9,1%	12,7%	40,0%	9,1%	23,6%
	>85	Freq	4	2	2	0	0
		% idade	44,4%	22,2%	22,2%	0,0%	0,0%
	Total	Freq	9	23	64	30	30
		% Total	5,6%	14,4%	40,0%	18,8%	18,8%
							Total
							160
							100,0%

Tabela 117 – Kruskal Wallis idade e a idade impede de fazer as coisas que gostaria (1)

Ranks			
faixa_etaria2	frequência com que a idade impede o inquirido de fazer coisas que gostaria de fazer	N	Mean Rank
	sempre	9	135,83
	muitas vezes	23	81,63
	às vezes	64	77,94
	raramente	30	61,03
	nunca	30	77,57
	Total	156	
Test Statistics ^{a,b}			
	faixa_etaria2		
	Chi-Square		23,704
	df		4
	Asymp. Sig.		,000
a. Kruskal Wallis Test			
b. Grouping Variable: frequência com que a idade impede o inquirido de fazer coisas que gostaria de fazer			

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of frequência com que a idade impede o inquirido de fazer coisas que gostaria de fazer is the same across categories of faixa_etaria2.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,001	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

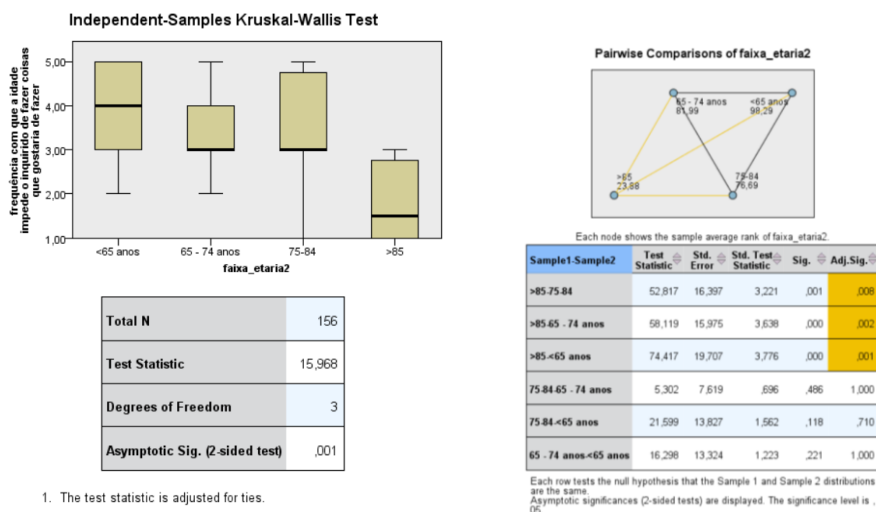


Tabela 118 – Género e frequência com que a idade impede de fazer coisas que gostaria de fazer

		FREQUÊNCIA COM QUE A IDADE IMPEDE DE FAZER COISAS QUE GOSTARIA							
		sempre	muitas vezes	às vezes	raramente	nunca	não responde	Total	
SEXO	Feminino	Freq	8	21	39	17	20	2	107
		% sexo	7,5%	19,6%	36,4%	15,9%	18,7%	1,9%	100,0%
	Masculino	Freq	1	2	25	13	10	2	53
		% sexo	1,9%	3,8%	47,2%	24,5%	18,9%	3,8%	100,0%
	Total	Freq	9	23	64	30	30	4	160
		% Total	5,6%	14,4%	40,0%	18,8%	18,8%	2,5%	100,0%

Tabela 119 – Mann-whitney test -Género e frequência com que a idade impede de fazer coisas que gostaria de fazer

		Ranks		
	sexo do inquirido	N	Mean Rank	Sum of Ranks
frequência com que a idade impede o inquirido de fazer coisas que gostaria de fazer	feminino	105	73,54	7722,00
	masculino	51	88,71	4524,00
	Total	156		
		Test Statistics ^a		
		frequência com que a idade impede o inquirido de fazer coisas que gostaria de fazer		
		Mann-Whitney U		2157,000
		Wilcoxon W		7722,000
		Z		-2,058
		Asymp. Sig. (2-tailed)		,040
		a. Grouping Variable: sexo do inquirido		

Tabela 120 – Escolaridade e idade impede de fazer coisas que gostaria

			frequência com que a idade impede de fazer coisas que gostaria					Total	
			sempre	muitas vezes	às vezes	raramente	nunca		não responde
escolaridade	nao estudou	Count	1	2	2	1	5	0	11
		% escolaridade	9,1%	18,2%	18,2%	9,1%	45,5%	0,0%	100,0%
	primeira classe	Count	0	0	0	0	0	1	1
		% escolaridade	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	segunda classe	Count	1	1	0	0	0	0	2
		% escolaridade	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	terceira classe	Count	2	5	2	0	3	0	12
		% escolaridade	16,7%	41,7%	16,7%	0,0%	25,0%	0,0%	100,0%
	quarta classe	Count	2	9	24	3	8	0	46
		% escolaridade	4,3%	19,6%	52,2%	6,5%	17,4%	0,0%	100,0%
	segundo ciclo	Count	0	0	6	2	1	0	9
		% escolaridade	0,0%	0,0%	66,7%	22,2%	11,1%	0,0%	100,0%
	terceiro ciclo	Count	1	4	10	7	5	1	28
		% escolaridade	3,6%	14,3%	35,7%	25,0%	17,9%	3,6%	100,0%
	ensino secundário	Count	0	1	4	3	2	1	11
		% escolaridade	0,0%	9,1%	36,4%	27,3%	18,2%	9,1%	100,0%
	ensino superior	Count	0	1	9	9	2	1	22
		% escolaridade	0,0%	4,5%	40,9%	40,9%	9,1%	4,5%	100,0%
não responde	Count	2	0	7	5	4	0	18	
	% escolaridade	11,1%	0,0%	38,9%	27,8%	22,2%	0,0%	100,0%	
Total	Count	9	23	64	30	30	4	160	
	% of Total	5,6%	14,4%	40,0%	18,8%	18,8%	2,5%	100,0%	

Tabela 121 – Kruskal Wallis Test, escolaridade e idade impede

Ranks			
		o inquirido estudou até que ano ou nível	
		N	Mean Rank
frequência com que a idade impede o inquirido de fazer coisas que gostaria de fazer	nao estudou	11	80,68
	segunda classe	2	11,50
	terceira classe	12	49,79
	quarta classe	46	63,02
	segundo ciclo	9	75,50
	terceiro ciclo	27	73,98
	ensino secundário	10	80,60
	ensino superior	21	81,00
	Total	138	
Test Statistics ^{a,b}			
frequência com que a idade impede o inquirido de fazer coisas que gostaria de fazer			
Chi-Square			13,422
df			7
Asymp. Sig.			,062
a. Kruskal Wallis Test			
b. Grouping Variable: o inquirido estudou até que ano ou nível			

Tabela 1 – *Mann-Whitney Test*, género e variáveis do ISV

	Ranks			
	sexo do inquirido	N	Mean Rank	Sum of Ranks
satisfacao do inquirido em relação à disponibilidade de transportes publicos	feminino	107	78,23	8371,00
	masculino	53	85,08	4509,00
	Total	160		
satisfacao do inquirido em relação à disponibilidade de locais para realizar atividades físicas, culturais e de lazer	feminino	83	61,59	5112,00
	masculino	41	64,34	2638,00
	Total	124		
satisfacao do inquirido em relação aos serviços proporcionados pela comunidade	feminino	107	80,38	8601,00
	masculino	53	80,74	4279,00
	Total	160		
satisfacao do inquirido em relação à realização de atividades culturais e de lazer sozinho ou com outras pessoas	feminino	83	60,72	5039,50
	masculino	41	66,11	2710,50
	Total	124		
satisfacao do inquirido em relação à realização de atividades físicas sozinho ou com outras pessoas	feminino	76	56,55	4297,50
	masculino	36	56,40	2030,50
	Total	112		
satisfacao do inquirido em relação aos serviços proporcionados pelo estado	feminino	107	79,08	8462,00
	masculino	53	83,36	4418,00
	Total	160		
satisfacao do inquirido com a sua situacao financeira	feminino	104	81,41	8466,50
	masculino	50	69,37	3468,50
	Total	154		
satisfacao do inquirido com a sua saude	feminino	107	85,57	9156,50
	masculino	53	70,25	3723,50
	Total	160		
satisfacao do inquirido com a sua condição física	feminino	107	82,88	8868,00
	masculino	53	75,70	4012,00
	Total	160		
satisfacao do inquirido com a sua seguranca pessoal	feminino	107	80,08	8569,00
	masculino	53	81,34	4311,00
	Total	160		
satisfacao do inquirido com a casa onde vive	feminino	107	81,93	8767,00
	masculino	53	77,60	4113,00
	Total	160		
satisfacao do inquirido com o lugar onde vive	feminino	107	79,84	8543,00
	masculino	53	81,83	4337,00
	Total	160		
satisfacao do inquirido com conversar com familiares, vizinhos ou amigos	feminino	104	76,26	7931,50
	masculino	51	81,54	4158,50
	Total	155		

Tabela 1.1 – Mann-Whitney Test, género e variáveis do ISV

	Test Statistics ^a												
	satisfacao do inquirido em relação à disponibili- dade de transportes publicos	satisfacao do inquirido em relação à disponibili- dade de locais para realizar atividades físicas, culturais e de lazer	satisfacao do inquirido em relação aos serviços proporcion- ados pela comunidade	satisfacao do inquirido em relação à realização de atividades culturais e de lazer sozinho ou com outras pessoas	satisfacao do inquirido em relação à realização de atividades físicas sozinho ou com outras pessoas	satisfacao do inquirido em relação aos serviços proporcion- ados pelo estado	satisfacao do inquirido com a sua situacao financeira	satisfacao do inquirido com a sua saude	satisfacao do inquirido com a sua condição física	satisfacao do inquirido com a sua seguranca pessoal	satisfacao do inquirido com a casa onde vive	satisfacao do inquirido com o lugar onde vive	satisfacao do inquirido com conversar com familiares, vizinhos ou amigos
Mann-Whitney U	2593,000	1626,000	2823,000	1553,500	1364,500	2684,000	2193,500	2292,500	2581,000	2791,000	2682,000	2765,000	2471,500
Wilcoxon W	8371,000	5112,000	8601,000	5039,500	2030,500	8462,000	3468,500	3723,500	4012,000	8569,000	4113,000	8543,000	7931,500
Z	-,938	-,431	-,048	-,905	-,024	-,572	-1,697	-2,230	-1,008	-,186	-,587	-,274	-,725
Asymp. Sig. (2-tailed)	,348	,667	,962	,366	,980	,568	,090	,026	,313	,852	,557	,784	,468
a. Grouping Variable: sexo do inquirido													

Tabela 2 – *Kruskal Wallis Test*, idade e variáveis do ISV

Ranks			
	faixa_etaria2	N	Mean Rank
satisfacao do inquirido em relação à disponibilidade de transportes publicos	<65 anos	12	57,21
	65 - 74 anos	84	71,26
	75-84	55	94,19
	>85	9	114,17
	Total	160	
satisfacao do inquirido em relação à disponibilidade de locais para realizar atividades físicas, culturais e de lazer	<65 anos	12	68,79
	65 - 74 anos	72	56,72
	75-84	37	71,64
	>85	3	63,33
	Total	124	
satisfacao do inquirido em relação aos serviços proporcionados pela comunidade	<65 anos	12	84,75
	65 - 74 anos	84	76,83
	75-84	55	82,18
	>85	9	98,83
	Total	160	
satisfacao do inquirido em relação à realização de atividades culturais e de lazer sozinho ou com outras pessoas	<65 anos	11	69,59
	65 - 74 anos	73	59,51
	75-84	37	66,97
	>85	3	54,17
	Total	124	
satisfacao do inquirido em relação à realização de atividades físicas sozinho ou com outras pessoas	<65 anos	10	58,60
	65 - 74 anos	66	52,33
	75-84	33	63,98
	>85	3	58,83
	Total	112	
satisfacao do inquirido em relação aos serviços proporcionados pelo estado	<65 anos	12	86,25
	65 - 74 anos	84	76,52
	75-84	55	87,11
	>85	9	69,61
	Total	160	
satisfacao do inquirido com a sua situacao financeira	<65 anos	12	74,54
	65 - 74 anos	82	73,47
	75-84	52	87,15
	>85	8	60,50
	Total	154	
satisfacao do inquirido com a sua saude	<65 anos	12	58,71
	65 - 74 anos	84	80,14
	75-84	55	85,63
	>85	9	81,61
	Total	160	
satisfacao do inquirido com a sua condição física	<65 anos	12	57,92
	65 - 74 anos	84	76,24
	75-84	55	89,27
	>85	9	96,72
	Total	160	
satisfacao do inquirido com a sua seguranca pessoal	<65 anos	12	81,21
	65 - 74 anos	84	76,30
	75-84	55	85,46
	>85	9	88,39
	Total	160	
satisfacao do inquirido com a casa onde vive	<65 anos	12	76,54
	65 - 74 anos	84	85,35
	75-84	55	71,25
	>85	9	97,06
	Total	160	
satisfacao do inquirido com o lugar onde vive	<65 anos	12	94,08
	65 - 74 anos	84	83,77
	75-84	55	71,53
	>85	9	86,72
	Total	160	
satisfacao do inquirido com conversar com familiares, vizinhos ou amigos	<65 anos	12	90,38
	65 - 74 anos	83	79,35
	75-84	52	70,86
	>85	8	91,88
	Total	155	

Tabela 2.1 – *Kruskal Wallis Test*, idade e variáveis do ISV

Test Statistics^{a,b}

	satisfaca o do inquirido em relação à disponibi lidade de transport es publicos	satisfacao do inquirido em relação à disponibili dade de locais para realizar atividades físicas, culturais e de lazer	satisfacao do inquirido em relação aos serviços proporcio nados pela comunida de	satisfacao do inquirido em relação à realização de atividades culturais e de lazer sozinho ou com outras pessoas	satisfacao do inquirido em relação à realização de atividades físicas sozinho ou com outras pessoas	satisfacao do inquirido em relação aos serviços proporcio nados pelo estado	satisfacao do inquirido com a sua situacao financeira	satisfacao do inquirido com a sua saude	satisfaca o do inquirido com a sua condição fisica	satisfacao do inquirido com a sua seguranc a pessoal	satisfacao do inquirido com a casa onde vive	satisfacao do inquirido com o lugar onde vive	satisfacao do inquirido com conversar com familiares, vizinhos ou amigos
Chi-Square	18,143	5,335	2,358	2,212	3,640	2,624	5,057	4,285	7,918	2,114	4,845	4,234	3,418
df	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,000	,149	,502	,530	,303	,453	,168	,232	,048	,549	,184	,237	,332
a. Kruskal Wallis Test													
b. Grouping Variable: faixa_etaria2													

Tabela 3 – *Kruskal Wallis Test*, escolaridade e variáveis do ISV

	escol2	N	Mean Rank
satisfacao do inquirido em relação à disponibilidade de transportes publicos	não estudou	11	93,45
	1ciclo	61	73,73
	2e3ciclo	37	69,35
	secundario	11	54,55
	superior	22	66,43
	Total	142	
satisfacao do inquirido em relação à disponibilidade de locais para realizar atividades físicas, culturais e de lazer	não estudou	8	64,75
	1ciclo	43	48,37
	2e3ciclo	33	65,47
	secundario	9	58,00
	superior	16	44,66
	Total	109	
satisfacao do inquirido em relação aos serviços proporcionados pela comunidade	não estudou	11	30,50
	1ciclo	61	66,73
	2e3ciclo	37	84,76
	secundario	11	77,77
	superior	22	79,80
	Total	142	
satisfacao do inquirido em relação à realização de atividades culturais e de lazer sozinho ou com outras pessoas	não estudou	7	47,71
	1ciclo	45	57,44
	2e3ciclo	30	60,43
	secundario	9	51,67
	superior	18	44,33
	Total	109	
satisfacao do inquirido em relação à realização de atividades físicas sozinho ou com outras pessoas	não estudou	6	56,33
	1ciclo	43	50,34
	2e3ciclo	29	55,17
	secundario	6	40,58
	superior	15	40,27
	Total	99	
satisfacao do inquirido em relação aos serviços proporcionados pelo estado	não estudou	11	68,00
	1ciclo	61	71,10
	2e3ciclo	37	71,58
	secundario	11	73,05
	superior	22	73,45
	Total	142	
satisfacao do inquirido com a sua situacao financeira	não estudou	11	90,68
	1ciclo	59	76,08
	2e3ciclo	37	61,69
	secundario	10	61,70
	superior	20	53,38
	Total	137	
satisfacao do inquirido com a sua saude	não estudou	11	79,41
	1ciclo	61	81,66
	2e3ciclo	37	60,62
	secundario	11	59,45
	superior	22	63,70
	Total	142	
satisfacao do inquirido com a sua condição física	não estudou	11	87,41
	1ciclo	61	81,16
	2e3ciclo	37	59,86
	secundario	11	61,68
	superior	22	61,25
	Total	142	
satisfacao do inquirido com a sua seguranca pessoal	não estudou	11	59,36
	1ciclo	61	74,38
	2e3ciclo	37	75,04
	secundario	11	59,18
	superior	22	69,80
	Total	142	
satisfacao do inquirido com a casa onde vive	não estudou	11	42,73
	1ciclo	61	74,62
	2e3ciclo	37	72,82
	secundario	11	73,23
	superior	22	74,14
	Total	142	
satisfacao do inquirido com o lugar onde vive	não estudou	11	34,59
	1ciclo	61	70,61
	2e3ciclo	37	87,15
	secundario	11	72,50
	superior	22	65,59
	Total	142	
satisfacao do inquirido com conversar com familiares, vizinhos ou amigos	não estudou	11	58,50
	1ciclo	59	67,33
	2e3ciclo	37	82,76
	secundario	10	67,60
	superior	21	58,90
	Total	138	

Tabela 3.1 – *Kruskal Wallis Test*, escolaridade e variáveis do ISV

Test Statistics ^{a,b}													
	satisfacao do inquirido em relação à disponibilida de de transportes publicos	satisfacao do inquirido em relação à disponibilida de de locais para realizar atividades físicas, culturais e de lazer	satisfacao do inquirido em relação aos serviços proporciona dos pela comunidade	satisfacao do inquirido em relação à realização de atividades culturais e de lazer sozinho ou com outras pessoas	satisfacao do inquirido em relação à realização de atividades físicas sozinho ou com outras pessoas	satisfacao do inquirido em relação aos serviços proporciona dos pelo estado	satisfacao do inquirido com a sua situacao financeira	satisfacao do inquirido com a sua saude	satisfacao do inquirido com a sua condição física	satisfacao do inquirido com a sua seguranca pessoal	satisfacao do inquirido com a casa onde vive	satisfacao do inquirido com o lugar onde vive	satisfacao do inquirido com conversar com familiares, vizinhos ou amigos
Chi-Square	6,458	9,219	18,893	5,116	4,570	,164	11,624	10,824	11,872	3,455	6,662	17,085	7,379
df	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,167	,056	,001	,276	,334	,997	,020	,029	,018	,485	,155	,002	,117
a. Kruskal Wallis Test													
b. Grouping Variable: escol2													

ANEXO VII - PROPOSTA INICIAL DE MODELO DE ANÁLISE DE POLÍTICAS LOCAIS DIRIGIDAS AO ENVELHECIMENTO

Categoria / Setor de Intervenção	Programas	Pilares do Envelhecimento Ativo			Característica Social	Governança Colaborativa	Processo de Formulação de Políticas					Inovação
		Promove (+)			Inclusivo (+) Intergeracional (+) Segregacionista (-)	Estado e Governo Local, Governo Local e 3º Setor Público e Privado Existe (+) Não existe (-)	Contempla, consulta ou considera a opinião dos idosos (+)			Inclui idosos com problemas de saúde ou mobilidade (+)	Top-Down (-)	É inovador (+) Não é inovador (-)
		Não promove (-)					Não contempla, consulta ou considera a opinião dos idosos (-)					
		H	P	S			Criação	Implementação	Avaliação	Não inclui idosos com problemas de saúde ou mobilidade (-)	Bottom-Up (+)	
Saúde												
Atividade Física												
Ambiente												
Ação Social												
Cultura												
Transportes												
Habitação												
Trabalho												
Segurança												

(+) Ponto Positivo (-) Ponto Negativo

H – Health (Saúde), P – Participation (Participação), S – Security (Segurança)

EXPLICAÇÃO DA PROPOSTA DE MODELO INICIAL

- 1- Introduza o programa a analisar numa das categorias, consoante a maior percentagem de área de intervenção. (Se pretender, o mesmo programa pode ser analisado em diferentes categorias.)
- 2- Na coluna *programa* coloque o nome/acrónimo do programa.
- 3- Na dimensão *Pilares do Envelhecimento Ativo*, na coluna *H* coloque um (+) se o programa promover saúde, um (-) se não promover; na coluna *P* coloque um (+) se o programa promover participação, um (-) se não promover; na coluna *S* coloque um (+) se o programa promover segurança, um (-) se não promover.
- 4- Na dimensão *Característica Social*, coloque um (+) se o programa for inclusivo (se identificar o objetivo de incluir os mais velhos na sociedade, por exemplo a criação de meios activação social dos grupos mais isolados), coloque um (+) se promover contacto ou solidariedade intergeracional e coloque um (-) se considerar o programa segregacionista (por exemplo se for exclusivo para pessoas 65+).
- 5- Na dimensão *Governança Colaborativa*, coloque um (+) se o programa implica alguma das formas de colaboração possíveis: i) entre o Estado Central e o Governo Local, ii) entre o Governo Local e o Terceiro Sector (ONGs, IPSS's, Associações...) ou iii) entre o setor público e as empresas privadas (poderá especificar de qual das formas se trata); coloque um (-) se não existir nenhuma das formas de colaboração.
- 6- Na dimensão *Processo de Formulação de Políticas*, na coluna *Criação* coloque um (+) se contempla, consulta ou considera a opinião dos idosos na fase de criação da política; coloque um (-) se não contempla, consulta ou considera a opinião dos idosos na fase criação da política. Na coluna *Implementação*, coloque um (+) se contempla, consulta ou considera a opinião dos idosos na fase de implementação da política; coloque um (-) se não contempla, consulta ou considera a opinião dos idosos na fase de implementação da política. Na coluna *Avaliação*, coloque um (+) se contempla, consulta ou considera a opinião dos idosos na fase de avaliação da política; coloque um (-) se não contempla, consulta ou considera a opinião dos idosos na fase de avaliação da política. Na coluna seguinte, coloque um (+) se o programa inclui idosos com problemas de saúde ou mobilidade; coloque um (-) se exclui idosos com problemas de saúde ou mobilidade. Na coluna seguinte, coloque um (+) se o desenho da política é Bottom-Up (parte das pessoas interessadas) ou coloque um (-) se o desenho da política é Top-Down (tem origem nas organizações).
- 7- Na Dimensão *inovação* coloque um (+) se considera o programa inovador e um (-) se não considera o programa inovador.

ANEXO VIII - QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS PERITOS DO PAINEL DELPHI PARA PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO MODELO DE AVALIAÇÃO E ANÁLISE DE POLÍTICAS LOCAIS DE ENVELHECIMENTO, DE ACORDO COM A PERSPETIVA DE ENVELHECIMENTO ATIVO

1. Concorda com as categorias selecionadas? (Referimo-nos à representatividade e clareza quanto ao conteúdo estudado, objetividade, pertinência, precisão, credibilidade e variedade.)

Categorias de Programas	Discordo Totalmente 1	Discordo 2	Nem concordo nem discordo 3	Concordo 4	Concordo Totalmente 5
Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividade Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ação Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transportes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segurança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.1. Reformularia ou acrescentaria alguma categoria?

Sugestão: [Clique aqui para introduzir texto.](#)

2. Concorda com as dimensões selecionadas? (Referimo-nos à representatividade e clareza quanto ao conteúdo estudado, objetividade, pertinência, precisão, credibilidade e variedade.)

Dimensões de análise	Discordo Totalmente 1	Discordo 2	Nem concordo nem discordo 3	Concordo 4	Concordo Totalmente 5
Pilares do Envelhecimento Ativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Características Sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Governança Colaborativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Processo de Formulação de Políticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inovação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.1. Reformularia ou acrescentaria alguma dimensão?

Sugestão: [Clique aqui para introduzir texto.](#)

3. Concorde com os indicadores selecionados? (Referimo-nos à representatividade e clareza quanto ao conteúdo estudado, objetividade, pertinência, precisão, credibilidade e variedade.)

Dimensões de Análise	Indicadores de Análise		Discordo Totalmente 1	Discordo 2	Nem concordo nem discordo 3	Concordo 4	Concordo Totalmente 5
Pilares do Envelhecimento Ativo	Saúde	Promove	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Não Promove	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Participação	Promove	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Não Promove	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Segurança	Promove	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Não Promove	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Características Sociais	Inclusivo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Intergeracional		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Segregacionista		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Governança Colaborativa	Estado & Governo Local, Governo L. & 3º Setor Setor Público & Privado	Existe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Não existe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Processo de Formulação de Políticas	Contempla, consulta ou considera a opinião dos idosos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não contempla, consulta os idosos ou considera a opinião dos idosos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inclui idosos com problemas de saúde ou mobilidade		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exclui idosos com problemas de saúde ou mobilidade		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Top-Down		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bottom-Up		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inovação	É inovador		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não é inovador		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.1. Reformularia ou acrescentaria algum indicador?

Sugestão: [Clique aqui para introduzir texto.](#)

4. Concorda com os pontos positivos (+) e negativos (-)?

Dimensões de Análise	Indicadores de Análise		Discordo Totalmente 1	Discordo 2	Nem concordo nem discordo 3	Concordo 4	Concordo Totalmente 5
Pilares do Envelhecimento Ativo	Saúde	Promove (+)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Não Promove (-)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Participação	Promove (+)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Não Promove (-)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Segurança	Promove (+)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Não Promove (-)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Características Sociais	Inclusivo (+)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Intergeracional (+)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Segregacionista (-)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Governança Colaborativa	Estado & Governo L. Governo L. & 3º setor Setor Público & Privado	Existe (+)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Não existe (-)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Processo de Formulação de Políticas	Contempla, consulta os idosos ou considera a opinião dos idosos (+)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não contempla consulta ou considera a opinião dos idosos (-)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inclui idosos com problemas de saúde ou mobilidade (+)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exclui idosos com problemas de saúde ou mobilidade (-)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Top-Down (-)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bottom-Up (+)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inovação	É inovador (+)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não é inovador (-)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.1. Faria alguma alteração?

Sugestão: [Clique aqui para introduzir texto.](#)

5. Tem alguma alteração a fazer em relação à tradução para a língua inglesa?

Sugestão [Clique aqui para introduzir texto.](#)

WWW.ISCSP.ULISBOA.PT